Rok XLIII. Kraków 3 Grudnia 1904. Nr. 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O ropniach urazowych śledziony.

Podał

Dr. Józef Bogdanik,

prymaryusz oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

W prawidłowych warunkach śledziona tak szczęśliwe ma położenie, że nieznacznie tylko ucierpieć może wskutek urazu, zadanego narzędziem tępem. Podskórne tedy uszkodzenie śledziony jest stosunkowo dość rzadkie. Inaczej rzecz się ma, jeżeli narząd ten wskutek chorób (zimnica, białaczka i t. d.) ulegnie zwiększeniu swej objętości. Wtedy bowiem uraz stosunkowo mały powodować może pęknięcie śledziony z następowym krwotokiem śmiertelnym. Rychło wykonana laparotomia, połączona z wycięciem śledziony, jeszcze w niektórych przypadkach uratowała życie. Le Dentu, przedstawiając przypadek szczęśliwie dokonanego wycięcia pękniętej śledziony na posiedzeniu Akademii medycznej w Paryżu, podał, że znalazł w piśmiennictwie 67 przypadków podskórnego pęknięcia śledziony, z pomiędzy których 38 chorych uratowano. Przemawia on za całkowitem wyłuszczeniem śledziony, jeżeli tylko stan chorego na to zezwala.

W niniejszej pracy zamierzam atoli uwzględnić li tylko śródtorebkowe uszkodzenia śledziony, które dają następnie powód do utworzenia się ropni w śledzionie. Przypadki takie znane są w piśmiennictwie; zanim jednak je uwzględnię, opiszę pokrótce przypadek, który sam operowałem i w którym dokładne rozpoznanie możebne było dopiero podczas operacyi, bo wywiady były początkowo niepewne.

B. T., lat 52 liczący, robotnik z O., przyjętym został do szpitala bialskiego w dniu 4/IX 1903 roku. Żalił się na ból w boku lewym, po lewej stronie klatki piersiowej i w brzuchu. Brzuch wzdęty, przy dotykaniu bolesny, a przy obmacywaniu wybadać można guz obły, zajmujący cały dołek podsercowy, sięgający nieco poniżej pępka, przechodzący na prawo do linii brodawkowej, na lewo zaś do linii pachowej, a gubiący się w podżebrzu lewem. Guz nieporuszalny, wykazujący chełbotanie i bolesność, wykonuje współruchy z przeponą podczas głębokich wdechów. Chory z powodu bólów nie może ani jeść ani sypiać, jest tak osłabionym, że się z łóżka ruszyć nie jest w stanie, a chora podczas tygodniowej obserwacyi jeszcze się wzmogła. Cera ziemista, tętno bardzo słabe, mało przyśpieszone, ciepłota ciała prawidłowa, wymiotów nie ma, oddawanie stolca nieco upośledzone, oddawanie moczu prawidłowe. W narządach oddychania i krążenia nie znaleziono zmian żadnych.

Wywiady wykazały początkowo tylko tyle, że chory nie domaga już od roku, a dopiero po operacyi przyznał się on, że przed rokiem kopnął go koń kopytem w bok lewy, że wtedy poczuł znaczny ból, jakby coś się urwało. Z początku jeszcze mimo bólu pracował, ale później z powodu zbyt wielkiego bólu i upadku sił musiał zaniechać pracy.

W celu usunięcia guza wykonałem laparotomię w dniu 12/IX 1903 roku. W uśpieniu chloroformowem poprowadziłem cięcie, długie na 10 ctm., nieco na zewnątrz od lewego brzegu mięśnia prostego brzucha, t. j. przez największą wypukłość guza. Po otwarciu jamy otrzewnowej ujrzałem w ranie guz obły, o powierzchni gładkiej, połyskującej, barwy stalowej. Wsunąwszy rękę do jamy brzusznej przekonałem się, że guz, wielkości głowy dorosłego człowieka, ma kształt jajowaty, że jest lekko na boki przesuwalny, a podczas oddechu wykonywa współruchy z przeponą. Powierzchnia gładka guza dała się najdokładniej odgraniczyć od żołądka, wątroby i kiszki, a guz gubił się w podżebrzu lewem, gdzie śledziony wymacać nie mogłem. Miałem tedy przed sobą obrzęk śledziony o treści płynnej, za czem przemawiało chełbotanie, podczas operacyi wykazalne. Ustaliwszy guz w ranie laparotomijnej naciąłem go podłużnie, a brzegi torebki grubości 1 ctm. ująłem w szczypczyki. Z guza wypłynęła ciecz brudnozielonkowata, nie cuchnąca. Torebkę guza pociągałem na zewnątrz jamy otrzewnowej, aby zapobiedz przedostaniu się treści do wnętrza jamy otrzewnowej. Wypróżniwszy z guza około litra płynu, obciąłem nieco jego brzegi w celu zmniejszenia pojemności, a potem przyszyłem torebkę guza do rany w ścianie brzusznej. Najpierw przyszyłem otrzewnę ścienną do powłoki otrzewnowej guza katgutem karbolowym, a potem założyłem szew węzełkowy z *fil de Florence*, przyszywając torebkę w całej grubości do rany brzusznej, którą szwami, założonymi u dołu rany, nieco zmniejszyłem. Jamę guza wytamponowałem gazą jodoformową, do czego zużyłem przeszło pół metra gazy. Operacyę wykonałem aseptycznie, a ranę opatrzyłem gazą jodoformową i watą.

Płyn, badany pod drobnowidem, wykazał liczne białe i czerwone ciałka krwi (te ostatnie gwiazdkowato pokurczone), liczne leukocyty i ciałka rozpadowe.

Po operacyi stan chorego zaczął się poprawiać, ciepłota ciała dochodziła najwyżej do 37·2° C, chory odzyskał łaknienie. Wydzielina z jamy wytamponowanej była znaczna. Dnia 17/IX wsunąłem do jamy gruby sączek i zapuściłem nieco mieszanki jodoformowej 5%, w dniu zaś 23/IX przepłukałem jamę 10% roztworem chlorku cynkowego. Jama się wypełniała ziarniną, ale wydzieliny było jeszcze dużo. Od dnia 30/IX chory zażywał chininę, poczem ilość wydzieliny stawała się coraz mniejszą. Dnia 13/X wydzieliny było już bardzo mało, a brzeg rany wsunął się lejkowato do jamy otrzewnowej, nieco skośnie pod lewy łuk żebrowy. Śledziona, kurcząc się pod wpływem chininy, pociągała widocznie brzeg, przyrosły do powłok brzusznych. Od dnia 24/X przyżegałem ziarninę elektrokauterem, poczem rana rychlej się zabliźniła, tworząc w tem miejscu zagłębienie

w powłokach brzusznych. W celu obserwacyi trzymałem chorego w szpitalu do 9/XII 1903 r., poczem wypuściłem go zupełnie uzdrowionego.

Zanim uwzględnię piśmiennictwo, dotyczące tego przedmiotu, nakreślę w krótkości obraz budowy śledziony. Według zdania Stöhra jest to gruczoł naczyniowy *(Blutgefässdrüse)* i składa się z torebki łącznotkankowej i miąższu *(Milzpulpa)*, będącego czerwoną miękką masą. Torebka jest ściśle złączoną z pokrywającą ją otrzewną i składa się z grubowłóknistej tkanki łącznej, gładkich włókien mięśniowych i z sieci włókien elastycznych. Z torebki wnikają w wnętrze śledziony liczne wypustki (beleczki) i tworzą tamże utkanie siatkowate, w którego oczkach miazga śledziony się znajduje. Beleczki te zawierają prócz tkanki łącznej włókna mięśni gładkich. U wnęki śledziony odchodzi od torebki do naczyń krwionośnych osobna osłonka.

Miąższ śledziony składa się z bardzo delikatnego utkania łącznotkankowego i licznych komórek, będących po części leukocytami, po części nieco większemi komórkami wieloziarnistemi, dalej są tam ciałka krwi czerwone i barwik ziarnisty.

Tętnice śledziony oddają gałązki od beleczek, nie tworząc anastomoz, a żyły wychodzą z szerokiej sieci włosowatej. — Jaki jest związek pomiędzy tętniczkami, a żyłami, dotąd jeszcze dokładnie nie wyświetlono. Tętnice przechodzą w wydłużone naczynia włosowate, nie anastomujące pomiędzy sobą. Jeżeli się tętnice nastrzyka, śledzionę zmaceruje, a potem miąższ wypłócze, to widać wydłużone zakończenia tętnic, leżące koło siebie w kształcie pęczków *(penicili)*. Zdaniem jednych autorów zakończenia tętnic przechodzą wprost w naczynia włosowate żylne; obieg krwi byłby zatem wszechstronnie zamkniętym w śledzionie. Zdaniem innych zaś autorów zakończenia włosowate tętnic przechodzą w przetwory bezścienne, łączące się z żyłami, sitowato przedziurawionemi, które przechodzą w żyły, mające własną ścianę.

Naczynia chłonne w śledzionie ludzkiej są słabo rozwinięte tak na powierzchni, jak i w jej wnętrzu, a rozmieszczenie ich nie jest jeszcze dokładnie wyjaśnione.

Na podstawie swych badań fizyologiczno-doświadczalnych śledziony wysnuł Vulpius[1]) następujące wnioski:

1) Badanie histologiczne budowy śledziony prawidłowej nie daje pewności, ale uprawnia do przyjęcia możliwości wprowadzenia komórek bezbarwnych do obiegu krwi; nie daje również dowodów tworzenia się ciałek czerwonych krwi, ale stwierdza zanikanie ich w śledzionie.

2) Z porównania tętniczej krwi śledziony z żylną nie można poznać różnicy z całą pewnością.

3) Podczas ostrej niedokrewności ustroju okazuje śledziona zwiększoną czynność.

4) Wycięcie śledziony sprowadza przemijający przybytek czerwonych, a ubytek białych ciałek krwi.

5) Gruczoł tarczykowy nie jest narządem zastępczym.

Utkanie zatem śledziony, obfitującej w krew usposabiałoby ją do uszkodzeń i ich następstw, których unika tylko dzięki małej swej objętości w prawidłowych warunkach i umiejscowieniu ochronnemu pod łukiem żebrowym. Tem się tłómaczy, że uszkodzenia śledziony nie są częste i rzadziej się stwierdzają, aniżeli uszkodzenia innych narządów. Częściej się to przytrafia w okolicach ziemniczych, lub w krainach panowania żółtej febry. I dziwić się nie można, że śledziona, doszedłszy znacznych rozmiarów i wagi, wynoszącej kilka kilogramów, łatwiej daleko doznaje obrażeń, aniżeli śledziona zdrowa. W rzędzie uszkodzeń podskórnych w następstwie urazu narzędziem tępem zajmuje śledziona również dalekie miejsce. Statystyka wykazuje, że częściej się przydarzają w tych razach obrażenia wątroby, nerek lub przewodu pokarmowego[2]). W cięższych przypadkach krwotok, wywołany pęknięciem śledziony, sprowadza śmierć, jak już wyżej wspomniałem; w lżejszych zaś przypadkach rana torebki albo się zabliźnia, co na sekcyach stwierdzono, albo też występuje krwotok śródtorebkowy, a torebka sama nie jest naruszona. Krew wynaczyniona śródtorebkowo, nie zostawszy zakażoną, ulega wessaniu. Czasem tworzy zlepne zapalenie, powodujące zrosty śledziony z narządami sąsiednimi. Nie zawsze jednak krew wynaczyniona ulega wessaniu, lecz przemienia się niekiedy w torbiel. Torbiel taki nawet lata całe istnieć może, jak n. p. w przypadku Bardenheuera[3]).

Rzadziej następuje zropienie wynaczynionej krwi. W samej śledzionie bowiem niema powodów do zakażenia. Stać się to łatwiej może, jeżeli krew tętnicza uniesie z sobą zarazek z oddalonego ogniska ropnego. Ciekawe w tym względzie są dwa przypadki ropni śledziony, które opisał Bessel-Hagen[4]). Ślusarz, liczący lat 16, zachorował na stulejkę i owrzodzenie żołędzi z objawami ciężkiego zakażenia. Stulejkę operowano 12/IV 1899 r., poczem gorączka ustąpiła. Dnia 24/IV wystąpiło rozwolnienie, ból w okolicy kątnicy, bębnica i bolesne obrzmienie śledziony, połączone z gorączką. Bole w okolicy śledziony wzmogły się i wystąpiły wymioty. Strzykawką Pravaza wydobyto nazajutrz gęstą, cuchnącą ropę, przeto dnia 8/V wycięto śledzionę po resekcyi żebra 10-go. Była ona prawie cała zgorzelinowo rozpadła. Z początkiem sierpnia chory był już wyleczony.

Drugi przypadek dotyczył chłopaka, liczącego 18 lat, który zachorował wśród objawów zapalenia wyrostka robaczkowego. Dnia 5/VII 1899 nacięto ropień, nie szukając wyrostka z powodu lichego stanu ogólnego. Po operacyi stan się poprawił, wytworzyła się jednak dnia 27/VII przetoka kałowa. Później wystąpił guz w okolicy lewego podżebrza. Dn. 29/VIII resekowano 9-te i 10-te żebro i wycięto prawie całą śledzionę, pozostawiając tylko mały skrawek u wnęki. Krwawienie było bardzo małe. Dn. 21/X wycięto jeszcze wyrostek robaczkowy, poczem nastąpiło wyleczenie.

Dwóch tych przypadków nie można zaliczyć do ropni urazowych śledziony; są jednak pouczające, jako ropnie przerzutowe (metastastyczne), wskazują nam bowiem drogę, którędy zakażenie nastąpić może i dają pewne wskazówki rozpoznawcze. Verneuil[5]) podaje ból, obrzmienie śledziony i gorączkę jako cechy charakterystyczne uszkodzenia śledziony, które to objawy towarzyszą w równej mierze ropniom

[1]) O. Vulpius: Beiträge zur Chirurgie und Physiologie der Milz. Beiträge zur klinischen Crhiurgie. B. XI.

[2]) Berger: Die Verletzungen der Milz und ihre chirurgische Bedeutung. Archiv. f. klin. Chirurgie. Bd. 68. H. 3, 4.

[3]) Bardenheuer: Deutsche medic. Wochenschrift. 1890.

[4]) Prof. Dr. Bessel-Hagen: Ein Beitrag zur Milzchirurgie. Bd. 62. H. 1.

[5]) Mémoires de chir. T. III.

śledziony. W przypadku naszym była jeszcze chera zimnicza, która dopiero po operacyi ustąpiła miejsca zdrowemu wejrzeniu. Urazowego pochodzenia ropnia nie przypuszczałem przed operacyą, bo się chory dopiero następnego dnia po operacyi przyznał, że go koń kopnął.

Ból po urazie, zazwyczaj dosyć znaczny, pochodzi od obrażenia tkanki śledzionowej, a wynaczyniona krew napina torebkę, powodując bolesne obrzmienie śledziony, wzmagające się przy obmacywaniu. Przekrwienie czynne przybrać może znaczne rozmiary wobec tego, że miąższ śledziony obficie zaopatrzony jest w naczynia. W tem miejscu wspomnieć muszę o przypadku, opisanym przez Silbersteina[6]): mężczyzna lat 35 liczący zażył tabaczki, którą go poczęstowano, poczem nastąpiło całogodzinne gwałtowne kichanie. Podczas tego poczuł ból w podżebrzu lewem, a następnie wytworzył się ropień, który w miesiąc później operowano. Wykonano cięcie 6 ctm. długie wzdłuż 10-go żebra, a 5 ctm. głębokie, poczem wypłynęła spora ilość ropy. Chory po dwóch miesiącach wyzdrowiał. Opis tej choroby nasuwa pewne wątpliwości, czy miano do czynienia z ropniem śledziony, co zresztą i sam autor rozprawki podnosi, a również trudno stwierdzić, że jest związek pomiędzy kichaniem, a ropniem. Snadniej można przypuścić, że się ropień tworzył z innej jakiej przyczyny, a sam chory odniósł to do kichania, by módz w drodze karnej wystąpić przeciwko temu, co go poczęstował tabaczką.

Trzecim objawem, występującym według Verneuila po uszkodzeniu śledziony, jest gorączka, mająca cechy gorączki zimniczej. Gorączka zdaniem Sterna[7]) może być tłómaczoną tem, że stłuczenie daje powód do odnowienia się dawnej sprawy zimniczej. I bez przypuszczenia zimnicy można tłómaczyć gorączkę albo przez chłonienie wynaczynionej krwi *(Resorptionsfieber)*, albo przez zakażenie następowe. Jeżeli do tego przyjdzie, w takim razie wystąpić musi i chera, niemniej towarzyszący jej upadek sił.

Liczba znanych w piśmiennictwie przypadków ropni śledziony nie jest wielką, a przytem autorowie rozmaite podają liczby. Jasiński[8]), omawiając na XI Zjeździe chirurgów polskich rzecz o wycinaniu śledziony, oparł się na statystyce Vanvertsa w Paryżu z roku 1897, który zebrał 243 przypadki wycięcia śledziony, a dodawszy do tego 112 przypadków, znanych i zebranych w piśmiennictwie od roku 1897 do 1901 r., rozporządzał razem 355 przypadkami. Widać z tego, jakie postępy czyni chirurgia śledziony. W liczbie tej atoli operacye z powodu ropni śledziony są nader rzadkie, bo liczba ich wynosi zaledwie cztery przypadki, z których jeden zakończył się śmiercią. Bessel-Hagen zaś podaje już 7 przypadków dawniejszych, a mianowicie trzy po rok 1900, a cztery z roku 1901 i przytacza 9 przypadków nowych. Walter M. Spear[9]) zaś podaje, że zebrał 65 przypadków, z których aż 23 było pochodzenia zimniczego, a tylko kilka zaledwie przypadków jest niewątpliwie pochodzenia urazowego.

Bez względu na pochodzenie ropnia śledziony należy, w razie jego rozpoznania przystąpić do operacyi. Nakłucia ropnia strzykawką nie zaleca się z powodu niebezpieczeństw, połączonych z tym zabiegiem. Do wyboru pozostaje zatem tylko nacięcie ropnia albo wyłuszczenie całej śledziony. Uwzględniając, że w ostatnich latach bardzo często już wycinano śledzionę (p. w.) z dobrym skutkiem, z wyjątkiem przypadków białaczki, w których operacyę na razie przynajmniej zaniechać się powinno, wskazaną ona jest i przy ropniach, jeżeli znaczna część miąższu śledziony jest zniszczoną i niema zrostów silnych z sąsiednimi narządami. W celu utorowania sobie drogi do śledziony okazuje się czasem potrzeba resekcyi żebra 10-go a nawet 9-go, jak to n. p. wykonali Lauenstein, Bessel-Hagen.

Przy ropniach, w których narząd ten pozrastany jest z sąsiednimi narządami, nacięcie zazwyczaj sprowadza w krótkim czasie wyleczenie; należy jednak warstwami ostrożnie drążyć w głąb. W przypadkach, tym sposobem operowanych, niema atoli pewności, czy to były ropnie śledziony, czy też tylko ropnie w okolicy śledziony. Rozważanie historyi chorych przynajmniej nasuwa pewne uzasadnione wątpliwości, jak n. p. w przytoczonym powyżej przypadku Silbersteina. Jeżeli zaś podczas operacyi znajdziemy śledzionę znacznych rozmiarów i zupełnie wolną, wtedy zaleca się sposób operacyi, którego użyłem w moim przypadku. W podobny sposób operował Walter M. Spear (p. w.). Metoda ta, zbliżona do sposobu operowania bąblowców śródotrzewnowych, podanego przez Billrotha[10]), ma te zalety, że część utkania śledziony zachowaną zostaje.

[6]) Wiener med. Presse 1878. Nr. 44.

[7]) Ueber traumatische Entstehung innerer Krankheiten. Jena. 1900.

[8]) Pamiętnik XI Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie, 1902.

[9]) Abscess of the spleen. Journal of the American Medical Association. 1903.

[10]) Schüssler: Das neue Billrothische Verfahren zur Behandlung intraperitonealer Echinokokken. Festschrift gewidmet Th. Billroth.

II. Z oddziału laryngologicznego Prof. Pieniążka w Krakowie.

Ciała obce w nosie, gardle i przełyku, wydobyte w przeciągu ostatnich dwu lat.

Podał

Dr. Franciszek Nowotny,

Asystent oddziału.

(Dokończenie.)

Wreszcie przystępuję do terytoryum obecnie jeszcze ciągle spornego, t. j. do sposobów wydobywania ciał obcych z przełyku. Zapatrywania swoje w tym kierunku przedstawił Prof. Pieniążek dwa lata temu w „Przeglądzie lekarskim.“ Ja jeżeli obecnie o tem piszę, to na podstawie kilku przypadków z ostatnich dwóch lat. I tak obecnie coraz więcej porzucamy metody wydobywania ciał obcych na ślepo, a natomiast polecane są metody tego zabiegu pod kontrolą wzroku, t. j. przy ezofagoskopii, w pewnych zaś przypadkach przy ezofagotomii. I tu granice nie są wyraźne, wahają się one według różnych autorów znacznie; i tak, gdy jedni jak największą wagę przykładają do ezofagoskopii i tego sposobu używają przeważnie (Killian), drudzy, a tyczy się to przeważnie chirurgów, uważają i tę metodę za niepewną i niebezpieczną i dla wydobycia ciała obcego otwierają częściej przełyk. W naszym oddziale używamy tak metod wydobywania ciał obcych na ślepo, jak i przy ezofagoskopii, a czasem polecamy ezofagotomię, przyczem trzymamy się

zasad następujących: W przypadkach obecności w przełyku ciał obcych o powierzchni gładkiej lub też ciał płaskich, ale o brzegach gładkich, jak n. p. monety, wreszcie nawet ciał kształtu nieregularnego, ale tak o powierzchni, jak i o brzegach tępych, nie widzimy niebezpieczeństw przy wydobywaniu ich na ślepo. Tu używamy koszyczka Graefego, którym wchodzi się poza ciało obce i wyważa się je na zewnątrz, lub też odpowiednich szczypczyków. Przy ciałach obcych metalicznych ogromnie pomocna jest roentgenoskopia, która nietylko daje nam pewność istnienia ciała obcego, oszczędzając choremu niepotrzebnych zabiegów, ale zarazem okazuje nam miejsce uwięznięcia i ułożenie ciała obcego. I tak w ostatnich dwóch latach metoda ta była u nas użyta dwukrotnie z powodu obecności kopiejki w przełyku; w jednym z tych przypadków obecność i miejsce usadowienia (wysokość przyczepu trzeciego żebra) ciała obcego wykazane zostało przy pomocy promieni Roentgena. Jedno z tych ciał wydobyte zostało koszyczkiem Graefego, drugie przy próbach wydobycia najpierw szczypczykami przełykowemi, a potem koszyczkiem Graefego, wpadło do żołądka i następowo wydalone zostało z przewodu pokarmowego. Podobnież już dawniej wydobył prof. Pieniążek koszyczkiem Graefego u chłopca 8-letniego czterokrajcarówkę austryacką, uwięźniętą poza krtanią. W przypadkach tych ezofagotomię uważalibyśmy za zabieg wprost przeciwwskazany; wydobycie zaś przy pomocy ezofagoskopii może być przyjemniejsze dla lekarza, który czynność swą wtedy może kontrolować wzrokiem, uciążliwsze jest natomiast dla pacyenta. Opór jedyny, który w tych przypadkach możemy napotkać, powodowany bywa silniejszym wystawaniem chrząstki obrączkowej ku przełykowi; opór ten atoli w przeważnej liczbie przypadków da się łatwo przezwyciężyć przy użyciu nieznacznej siły podczas wydobywania; przy użyciu koszyczka Graefego można zresztą, zmieniając kierunek koszyczka, zmienić i położenie ciała obcego; przy ułożeniu ciała w kierunku podłużnym jego osi — wzniesienie, wytworzone przez wystawanie chrząstki obrączkowej, już nie będzie stanowić zapory przy wyciąganiu. Jeżeli mamy do czynienia z ciałami okrągłemi o powierzchni gładkiej, dalej z ciałami płaskiemi o brzegach równych, gładkich jak n. p. monety, to choćbyśmy użyli większej siły przy wyciąganiu tych ciał, szkody nie sprowadzimy; pewne niebezpieczeństwo atoli jest możebne, jeśli ciała te są podłużne, nawet o brzegach nie bardzo ostrych; w tych przypadkach forsowniejsze próby wyciągania mogłyby spowodować zranienie, względnie nawet przebicie błony śluzowej przełyku. I tak gdy wobec ciał pierwszej kategoryi nie balibyśmy się złych następstw, nawet przy wyciąganiu, wymagającem użycia pewnej siły, i dopiero gdyby pomimo tych zabiegów ciało obce wydobyć się nie dało, przystąpilibyśmy do ezofagoskopii, to wobec ciał kategoryi drugiej już przy małym oporze przy użyciu koszyczka Graefego ezofagoskopia byłaby wskazaną. Ezofagoskopia, okazując nam ułożenie ciała obcego, pozwala przy pomocy wzroku na łatwiejszą zmianę jego położenia; i tak przy ciałach podłużnych ułożonych poziomo pozwala na ułożenie ich przy pomocy pewnych narzędzi w położenie pionowe, w którem łatwo już przez rurę ezofagealną wydobyte być mogą; przy ciałach zaś okrągławych płaskich i kulistych, niedających się przeprowadzić przez ezofagoskop, a zapomocą koszyczka Graefego z powodu wystercania chrząstki obrączkowej nie dających się wyciągnąć, ezofagoskop ułatwia nam zadanie w ten sposób, że szczyt ciała obcego możemy wciągnąć w światło tego narzędzia i wydobyć ciało obce razem z rurą ezofagoskopu; w ten sposób omijamy wyżej wspomnianą przeszkodę.

Obok wymienionych dwóch przypadków uwięzłych kopiejek mam jeszcze do zanotowania następujące przypadki: kilka połączonych ze sobą kawałków żeber z wieprza u mężczyzny 50-letniego; ciało to, długie na 5 ctm., a szerokie na 4, wywoływało silny bardzo ból poza mostkiem i niemożność połykania; wydobyłem je koszyczkiem Graefego, przy wyciąganiu napotkałem na znaczny opór, który atoli przy użyciu pewnej siły pokonać się dał; znany mi już przedtem rodzaj ciała obcego usuwał możność wywołania zranienia błony śluzowej. Szczypczykami ezofagealnemi giętkiemi wyjął wreszcie Prof. Pieniążek wielki kawał mięsa, w środku którego tkwiła kość; ciało to usadowione było w części pozakrtaniowej przełyku. Koszyczek Graefego wreszcie będzie wystarczającem narzędziem przy wydobywaniu z przełyku ciał miękkich, jak n. p. kawałków mięsa, które tkwią przeważnie w pozakrtaniowej części przełyku. W razie niemożności przesunięcia koszyczka poza ciało obce o wyżej opisanych cechach, możnaby spróbować przepchać je zgłębnikiem do żołądka. Lecz i w tych przypadkach czasem eozofagoskopia jest konieczną; demonstruje to przypadek następujący: Dnia 4/V 1904 zgłosił się na nasz oddział chłop 40-letni, podając, iż dnia poprzedniego rano, jedząc kapustę, czemś się udławił; odtąd doznaje zupełnej niemożności połykania tak potraw stałych, jak i płynnych i czuje silny ból pomiędzy łopatkami. Ponieważ nie wiedziałem, co może być przyczyną zwężenia, przystąpiłem odrazu do ezofagoskopii; wykonałem ją w postawie siedzącej chorego — przy oświetleniu lampką Kirsteina. Ezofagoskopia wykazała w dolnej części przełyku obecność ciała okrągłego o powierzchni gładkiej, szarawo białej, wielkości mniej więcej małego jabłka; ciało to w zupełności zatykało przełyk i miało wejrzenie ziemniaka surowego, nieoskrobanego; teraz i sam pacyent podawał, iż prawdopodobnie będzie to ziemniak. Haczykiem Killiana, używanym do wydobywania ciał obcych z tchawicy i oskrzeli, wszedłem popod ciało obce, (grubszego narzędzia wprowadzić się nie dało); wyciągając następnie haczyk, wyrwałem kawałek, który potwierdzał pierwotne przypuszczenie, że to jest kawałek ziemniaka. Wtedy usiłowałem zepchnąć ciało obce zgłębnikiem do żołądka, lecz z powodu wielkości jego to mi się nie udało; wziąłem więc znowu haczyk Killiana i powoli w ezofagoskopie rozkawałkowałem ziemniak i częściowo wyjąłem go szczypcami; resztę zepchnąłem zgłębnikiem do żołądka. Cały ten zabieg trwał około dwóch godzin.

Zresztą mam do zanotowania następujące przypadki: 1) U 4-letniej dziewczyny w przełyku pestka ze śliwki; ciało to można było wymacać w części pozakrtaniowej przełyku; usiłowano wydobyć je pensetą krtaniową; podczas wyciągania wpadła pestka do żołądka. 2) Drewienko u mężczyzny 40-letniego, wydobyte koszyczkiem Graefego. 3) Kość podłużna cienka, długości 4 ctm., ułożona w przełyku poziomo, wydobytą została przez Prof. Pieniążka przy pomocy giętkich kleszczyków ezofagealnych, o ramionach do chwytania płaskich, rowkowanych; w przypadku tym już przy pierwszem wprowadzaniu do przełyku roz-

wartego narzędzia uczuł Prof. Pieniążek w głębi przełyku opór, który nie pozwalał na głębsze swobodne wsunięcie narzędzia: przypuszczając, iż natrafił na ciało obce, zamknął ramiona kleszczyków i wyciągnął narzędzie wraz z kością. 4) Kawałek chrząstki, cienkiej a długiej, który usiłowałem wydobyć koszyczkiem, lecz bez skutku; dopiero po wprowadzeniu ezofagoskopu udało mi się ciało to zobaczyć w zanłku popod chrząstką obrączkową, ułożone poziomo; wyciągnąłem je w ezofagoskopie kleszczykami. 5) Dodatkowo mam do zanotowania przypadek, który spostrzegany był przed 5 laty: kobieta wiejska zgłosiła się z dusznością; z wywiadów dowiedzieliśmy się, iż przed kilkoma dniami zadławiła się kiszką; od tego czasu doznaje zupełnej niemożności połykania ciał stałych, a duszność wzmaga się coraz bardziej. Badanie wykazało: rozległe, niebolesne podbiegnięcia krwawe na podniebieniu miękkiem; obrzmienie fałdów nalewkowo-nagłośniowych i chrząstek nalewkowych; więzadła prawdziwe nieco obrzmiełe, ułożone prawie w linii środkowej; ruchomość ich prawie zupełnie zniesiona; szpara oddechowa szerokości około 3 mm. Domyślając się obecności ciała obcego, uwięzłego w części pozakrtaniowej przełyku pomiędzy *processus musculares*, założono koszyczek Graefego (Doc. Baurowicz), przy pomocy którego wyciągnięto przy użyciu pewnej siły ciało obce. Był to koniec kiszki wraz z tkwiącym w nim patyczkiem długości 4 ctm., załamanym w środku (przy wyciąganiu). Ruchomość więzadeł zaraz potem wróciła do normy; powodem poprzedniej nieruchomości był patyk, który, wsunąwszy się pomiędzy oba *proc. musculares cartilag. aryaenoid.*, odpychał je i niepozwalał na ich rotacyę ku wewnątrz.

W przypadku drugim i piątym wyciągnięcie koszyczkiem mogło przedstawiać pewne niebezpieczeństwo; w przypadku piątym musiano nawet użyć pewnej siły do wydobycia ciała obcego, czego dowodem przełamanie się w środku drewienka; rzeczywiste atoli niebezpieczeństwo byłoby przy skośnem lub pionowem ułożeniu ciała o ostrym końcu; przy ułożeniu poziomem, jak w tym przypadku, wyciągnięcie, choćby forsowne, głębszych zranień wywołać nie mogło; tak samo w przypadku drugim ułożenie ciała poziome, gładkość brzegów i końców zmniejszały znacznie niebezpieczeństwo. Co się tyczy kleszczyków przełykowych, to mają one tę wyższość nad koszyczkiem, iż stanowczo nie mogą wywołać zranień błony śluzowej; w razie bowiem, gdy przy wyciąganiu ciała obcego przy pomocy kleszczyków czujemy opór, możemy je w każdej chwili rozwarłszy wyjąć, podczas gdy koszyczek, wprowadzony poza ciało obce, czasem tak się zahaczy, iż bez obawy wywołania większych zranień błony śluzowej, a nawet przebicia jej zupełnego, już go wyciągnąć nie możemy; wtedy dla usunięcia ciała obcego i koszyczka przystąpić musimy odrazu do ezofagotomii. Z drugiej strony znowu szczypczyki łatwo ominąć mogą ciało obce, jak to było przy wydobywaniu kopiejki. W przypadku czwartym niemożność wydobycia ciała obcego koszyczkiem tłómaczyła się ukrytem jego położeniem popod chrząstką obrączkową. I w tym przypadku poziome ułożenie ciała obcego usuwało możność zranienia błony śluzowej przy wydobywaniu koszykiem. Uwięznięte w przełyku kości bywają przeważnie cienkie a długie tak, iż tylko przy pionowem ich ułożeniu jest pewne niebezpieczeństwo wbicia ich w błonę śluzową, choć i tu kość taką prędzej się zagnie i złamie. Rzeczywiste niebezpieczeństwo przedstawiają ciała obce o zbitości twardej, podłużne, o brzegach i końcach ostrych; ciała te musimy wydobywać przy pomocy ezofagoskopii, czasem ezofagotomii. Że zaklinowana i wbita już na granicy gardła i przełyku kość ostra może przy próbach wyciągania rozciąć jeszcze bardziej ściany przełyku, dowodzi tego przypadek, opisany przez Pieniążka i Trzebickyego; tak ostre atoli kości, jak w tym przypadku, chyba rzadko spotykamy; ale i sama kość bez prób pociągania może rozciąć błonę śluzową; przykładem tego jest przypadek następujący:

Przed pięciu laty zgłasza się do naszego oddziału pacyent, z zawodu muzyk, podając, iż przed tygodniem zadławił się kością z kurczęcia. Od tego czasu czuje nieznaczny ból po prawej stronie szyi i pewien niepokój, który ostatniej nocy tak się powiększył, iż chory noc tę spędził bezsennie. Zresztą pacyent czuje się zupełnie zdrowym. Kilkakrotne próby wydobycia koszyczkiem Graefego nie doprowadziły do żadnego wyniku; zaraz potem wystąpiło krwawienie z przełyku i znaczne osłabienie chorego. Obmacywanie szyi wykazało odmę podskórną po stronie prawej. Chory pozostał w szpitalu, gdzie wśród objawów obustronnego zapalenia opłucnej w przeciągu 24 godzin życie zakończył. Sekcya wykazała: na dolnej granicy gardła po stronie prawej podłużną szczelinę, 2 ctm. długą, przechodzącą przez błonę śluzową i całą warstwę zwieraczy gardła; zapalenie posokowate rozlane w tylnem śródpiersiu, sięgające aż do żołądka; obustronne zapalenie opłucnej; ciała obcego nie znaleziono. Zmiany, wykazane na stole sekcyjnym, tłómaczą nam dokładnie cały obraz chorobowy. Kość wbita w błonę śluzową wywołała koło rany prawdopodobnie najpierw ropne, potem posokowate zapalenie. Skutkiem ropienia było obluźnienie się ciała obcego i wypadnięcie jego z wytworzonej szczeliny. Zapalenie posokowate szerzyło się coraz dalej w śródpiersiu tylnem i obniżając się wzdłuż przełyku, doszło aż do wpustu żołądka. Niepokój chorego był objawem ogólnego zatrucia; nagromadzenie się zaś gazów po stronie prawej szyi pochodziło z rozcięcia całej ściany. Następstwem wreszcie posocznicy było obustronne zapalenie opłucnej. Koszyczek Graefego mógł co najwyżej wywołać osłabienie chorego.

W razie ułożenia ciał tych w części pozakrtaniowej przełyku ezofagoskopia przedstawia także pewne niebezpieczeństwo: już bowiem przy wprowadzaniu ezofagoskopu możemy wepchnąć ciało obce w głąb błony śluzowej. W tych przypadkach stosujemy zwykle rury, używane do tracheoskopii, które, jako krótsze, łatwiej wprowadzić się dadzą i przy pomocy których już górną część przełyku dokładnie obejrzeć można; lecz i tu ostrożność jest nakazaną.

Zachowanie się nasze wobec ciała obcego w przełyku musi, obok uwzględnienia cech i wielkości jego, mieć także na uwadze czas jego przebywania, liczyć się bowiem musimy z możliwością wywołania przez ciała obce odleżyny. Mogą to być ciała, których wydobycie na ślepo zaraz po ich uwięznięciu nie przedstawiałoby niebezpieczeństwa; wydobywanie zaś ich przy odleżynie groziłoby przedarciem błony śluzowej. Ocena, kiedy i w jakim stopniu ciało obce wywołało odleżynę, jest ogromnie trudna. Tu musimy wziąść pod uwagę cechy ciała obcego (niezawsze nam dobrze znane), umiejscowienie i czas przebywania w przełyku. Ciała miękkie nie przedstawiają pod tym względem żadnego niebezpieczeństwa, mogłyby one ewentualnie wywołać ugniece-

nie tchawicy od tylu; ciała twarde, okrągłe, jak n. p. monety, jeśli wywołają odleżynę, to chyba powierzchowną, nie przedstawiającą przy wyciąganiu większego niebezpieczeństwa; ciała te musiałyby chyba długo leżeć w przełyku, by wywołać głębsze zmiany; niebezpieczeństwo to istnieje przy ciałach wielkich, które wywołują ucisk na ściany przełyku. Wielkość ciała obcego oczywiście mierzyć musimy także szerokością przełyku; i tak gdy n. p. moneta jakaś u dorosłego człowieka może swobodnie przebywać w przełyku, nie wywolując żadnych zmian, to tażsama u dziecka z wązkim przełykiem już prędzej może odleżynę wywołać. Co się tyczy umiejscowienia, część pozakrtaniowa przełyku najwięcej usposabia do powstania odleżyny; w przypadku tym niebezpieczeństwo przy wyciąganiu ciała obcego polegałoby na możności wystąpienia następowego zapalenia ochrzęstnej chrząstki obrączkowej wraz z stawem nalewkowoobrączkowym. Czas powstania odleżyny i cechy jej będą więc wypadkową, zależną od wyżej wymienionych czynników.

W ostatnim wreszcie tygodniu obserwowaliśmy następujące 4 przypadki: 1) mężczyzna 20-kilkoletni, żali się na bole przy połykaniu; dzień przedtem, jedząc cukierki, miał połknąć gwóźdź. Badanie ezofagoskopem wykazuje na tylnej ścianie przełyku obecność kilku podłużnych, krwawo podbiegniętych rys. 2) Kobieta 25-letnia miała przed kilku dniami połknąć kość, od tego czasu ból przy przełykaniu i bolesność lewej połowy klatki piersiowej. W ezofagoskopie widać wtłaczanie się w okienko ezofagoskopu lewej ściany przełyku, wtłaczająca się część jest sinawo zabarwiona, na powierzchni jej widać wyraźnie porozszerzane żyły. Ciała obcego nie znaleziono. Bole po kilku dniach ustąpiły. 3) Dziewczyna 17-letnia, od 4 dni niemożność połykania płynów i potraw stałych. Koszyczek Graefego wchodzi z trudem popod ciało obce, uwięzłe w przełyku, wydobyć atoli ciała obcego się nie udało. Próby ekstrakcyi kleszczykami ezofagealnemi również z wynikiem ujemnym, pomimo iż ciało obce wyraźnie daje się wyczuć. Przy wprowadzaniu ezofagoskopu czuć w górnej części przełyku opór, który nie pozwala na głębsze wprowadzenie ezofagoskopu; ciała obcego z powodu wtłaczania się błony śluzowej w światło ezofagoskopu nie widać. Przy powtórnej próbie wyjęcia ciała obcego koszyczkiem czuje się podnoszenie się błony śluzowej w głębi gardła po stronie prawej. Z trudnością tylko wyciągnięto koszyczek. Postanowiono ponowić próby ekstrakcyi na drugi dzień przy ezofagoskopii w narkozie, wieczorem atoli wśród ruchów wymiotnych miała wyrzucić chora kość wielokształtną, poczem łykanie stało się zupełnie swobodne. 4) Dnia 22/XI 1904 r. o godzinie 5 popołudniu zgłasza się pacyent 18-letni, podając, iż tegoż samego dnia w południe miał połknąć kość z mięsa; odtąd silne bole poza mostkiem w dolnej jego części i niemożność połykania. W gardle oprócz nagromadzenia się śluzu w obu zatokach gruszkowatych zmian nie ma. Ezofagoskopia wykazała: na prawej ścianie przełyku, mniej więcej w środku jego długości, dwie szerokie krwawe rysy, w dolnej zaś części przełyku zaraz ponad wpustem widać kość, przebiegającą poprzecznie, grubości około $^1/_2$ ctm. Przypuszczając, iż jest to kość podłużna, usiłowałem w ezofagoskopie zmienić położenie kości z poprzecznego na podłużne, podczas prób tych atoli przekonałem się, iż jest ona szeroka, płaskawa o grubych brzegach. W ezofagoskopie haczykiem i pensetą Killiana usiłowałem ciało to podciągnąć ku górze, co mi się też udało, następnie powtórzyłem to w ezofagoskopie krótszym, wreszcie podciągnąwszy ciało obce aż do górnej części przełyku wydobyłem je kleszczykami elastycznemi o ramionach półkolisto zagiętych. Była to czworoboczna kość o brzegach dość ostrych, gruba na $^1/_2$ ctm., o ramionach długości $3^1/_2$ ctm. Extrakcyę tę wykonałem w pozycyi siedzącej chorego przy oświetleniu lampką Kirsteinowską; cały zabieg trwał $1^1/_2$ godziny.

W 4 przypadkach opisywanych ciał obcych w gardle i przełyku przy próbach wydobycia ciała te dostały się do dalszych części przewodu pokarmowego, gdzie albo zostały strawione, albo też stąd wydalone na zewnątrz. Strawieniu uległy 2 kości długie i pestka ze śliwki, wydalona na zewnątrz kopiejka. Zachowanie się nasze we wszystkich tych przypadkach było wyczekujące. Podobnie się rzecz miała w dwóch następujących przypadkach: w ostatnich czasach mieliśmy sposobność spostrzegać zachowanie się dwóch zupełnie identycznych ciał obcych, które z przełyku dostały się do żołądka. W obydwóch przypadkach były to zupełnie jednakowe gwizdki, używane na wsi przez dzieci do zabawy. Są one złożone z dwóch wypukłych blaszek, złączonych ze sobą; średnica ich wynosi $2^1/_2$ ctm., w środku mają otwór. W jednym z tych przypadków poprzednie badanie Roentgenem poza naszym oddziałem miało wykazać obecność gwizdka już w żołądku; w drugim przy badaniu ezofagoskopem widać było gwizdek w dolnej części przełyku; w tym drugim przypadku usiłowałem ciało obce wyjąć szczypczykami; podczas prób ciało to wpadło do żołądka; w obydwóch przypadkach ciało obce w przeciągu kilku dni bez najmniejszych dolegliwości zostało wydalone na zewnątrz. Oba przypadki tyczyły się dzieci 6-letnich. Podobny przypadek przed kilku laty (12/IX 1901) miał Prof. Pieniążek (taki sam gwizdek) u 7-letniego dziecka. Tkwił on w zakrtaniowej części gardła; szczyt jego był widoczny; przy próbie uchwycenia szczypczykami krtaniowemi przeszedł do przełyku i żołądka.

III. Na czem polega obecne histopatologiczne rozpoznanie niedowładu postępującego?

Podał

Dr. med. i fil. **P. Pręgowski** (Lwów).

(Ciąg dalszy.)

Tak postępując, doszliśmy do poznania szeregu zmian, występujących w korze mózgowej w przebiegu niektórych chorób umysłowych, a w pierwszym rzędzie nauczyliśmy się rozpoznawać pod mikroskopem niedowład postępujący.

Nie zamierzam wdawać się w to, jak kliniczne pojęcie niedowładu postępującego zacieśniało się od czasów Baylesa (1822) po dzień dzisiejszy i dalej się jeszcze zacieśnia, jak z pojęcia tego wydzielony został szereg innych procesów chorobowych (np. kiła mózgu, niedołęstwo umysłowe urazowe lub na tle miażdżycowem i t. d.). Również nie zamierzam omawiać szczegółowiej obrazu klinicznego tej choroby, jaki obecnie posiadamy. Znajdzie to każdy z łatwością w nowszych podręcznikach psychiatryi. Zaznaczę

tylko, że niedowład postępujący, jak wiadomo, rozpoznajemy klinicznie na podstawie stwierdzenia z jednej strony znanych zaburzeń w sferze duchowej, — jak osłabienia pamięci, ogłupienia wraz z charakterystycznemi niedorzecznemi ideami, tudzież zmienności i zmiany w napięciu życia uczuciowego, — z drugiej strony objawów cielesnych, jak zmiany w oczach i w mowie. Co do histologicznego rozpoznania niedowładu postępującego, to opiera się ono na podstawie stwierdzenia w korze mózgowej — dwóch tworów: 1) komórek plazmatycznych (*Plasmazellen*), zwanych także komórkami Unny-Marschalko'a, tudzież 2) t. zw. komórek pałeczkowatych (*Stäbchenzellen s. Wurstzellen*). Co się tyczy zmian w komórkach nerwowych, występujących w niedowładzie postępującym, to o tem będzie mowa jeszcze poniżej; tutaj wspomnę tylko, że o zmianach tych w komórkach nerwowych, zachodzących w niedowładzie postępującym, dotąd ostateczne zdanie jeszcze ustalone nie jest. Komórki plazmatyczne odkrył Unna przy sposobności znalezienia nowej metody barwienia protoplazmy. Uważał też swoje barwienie za specyficzne dla tych komórek. Atoli Jadassohn, Neisser, Marschalko, Weygert wykazali, że barwienie Unny nie jest specyficznem dla tych komórek, gdyż barwią się one w sposób charakterystyczny także całym szeregiem innych zasadowych barwików, (jak tionina, safranina, hemateina i t. d.). Nazwa „komórki plazmatyczne" (*Plasmazellen*) pochodzi stąd, że Unna z początku sądził, że twory te są identyczne z komórkami, odkrytemi przez Waldeyera, a nazwanemi przezeń „komórkami plazmatycznemi." Gdy się jednak okazało, że owe komórki Waldeyera są tem samem, co komórki tuczne (*Mastzelle*) Ehrlicha, wtedy nazwa „komórki plazmatyczne" pozostała przy tworach, odkrytych przez Unnę. Co się tyczy morfologii komórek plazmatycznych, to w pierwszej swej pracy Unna podaje, że komórki te wyróżniają się oprócz charakterystycznego swego ciemnego zabarwienia, jeszcze ziarnistością protoplazmy w swem ciele, tudzież ciemnem zabarwieniem jądra. Atoli w następnych swych pracach o tych komórkach ogranicza się Unna do podania tylko pierwszej cechy ogólnego ciemniejszego zabarwienia jako charakterystycznej dla tych komórek. Dopiero Marschalko, a za nim Paltauf, Schottländer, Justi i Krompecher podali szereg następujących cech, charakteryzujących komórki plazmatyczne: 1) Kształt tych komórek jest okrągły lub owalny, gdy znajdują się one wolne; poligonalny lub podłużny — zależnie od tego, czy znajdują się wśród innych tkanek. 2) Protoplazma nie jest ziarnistą, jak pierwotnie to utrzymywał Unna. Jest ona nierównomiernie rozmieszczona w ciele protoplazmy, gdyż więcej jej jest na obwodzie, który też bywa ciemniej zabarwiony, gdy w środku ciała jest bardzo mała, stąd tu występuje miejsce jaśniejsze t. zw. „heller Hof." 3) Jądro jest zwykle położone odśrodkowo lub znajduje się w komórkach owalnych — w jednym biegunie. 4) W jądrze wzdłuż obwodu znajduje się 5—8 ziaren chromatynowych o znacznych rozmiarach, co nadaje tym jądrom silnie ciemne zabarwienie.

Nawet wtedy, gdy skrawki zostały zbytnio odbarwione, można łatwo rozpoznać komórki plazmatyczne już po liczbie i rozmieszczeniu ziarn chromatynowych w jądrze, po umiejscowieniu jądra i po wejrzeniu ciała komórkowego.

Co do pochodzenia komórek plazmatycznych, Unna sądził, że powstają one z komórek tkanki łącznej i podaje, że swierdzał wszelkie stany przejściowe między komórkami plazmatycznemi, a komórkami łącznotkankowemi. Jadassohn zauważył, że przytoczony argument, na którym Unna opiera swoje twierdzenie o pochodzeniu tych komórek, nie jest wystarczający i że jedynie tu miarodajnemi mogą być dane doświadczalne. Dane te przedstawił Marschalko, atoli nie na korzyść przypuszczenia Unny, lecz na poparcie własnego twierdzenia, że komórki te pochodzą z limfocytów małych. Dane te, potwierdzone przez Schottländera, Justiego i Krompechera, są następujące: 1) Przejść między komórkami plazmatycznemi, a komórkami tkanki łącznej niema. Natomiast są stany przejściowe między komórkami plazmatycznemi a limfocytami. 2) W sztucznie wywołanem aseptycznem ognisku zapalnem znajdują się bujające komórki łącznotkankowe, a niema komórek plazmatycznych. 3) W sztucznie wywołanem ognisku zapalnem bakteryjnem już po 24 godzinach znajdują się w nacieku wśród limfocytów liczne komórki plazmatyczne. 4) W takiem ognisku zapalnem jest tak, że tuż przy naczyniu są niewątpliwe ciałka krwi, potem na zewnątrz komórki przejściowe między limfocytami a komórkami plazmatycznemi, dalej zaś jest utworzony niejako wał ochronny przez typowe komórki plazmatyczne. 5) Po wprowadzeniu tuberkuliny pod skórę lub do krwi królika — powstaje sztuczna leukocytoza, a w krwi i śledzionie stwierdzamy typowe komórki plazmatyczne. 6) Barwienie Biondiego zabarwia jądra tkanki łącznej na fiolkowo, komórki zaś plazmatyczne, podobnież jak i limfocyty, na zielono. A wreszcie i ten fakt, że, jak to Jadassohn, Marschalko, Unna, Schottländer podają, komórki plazmatyczne znajdują się także prawidłowo w narządach krwiotwórczych, przemawia również za tem, że pochodzą one z komórek krwi.

Wszystkie przytoczone dane zdają się wskazywać na to, że mamy tu do czynienia z komórkami, pochodzącemi z ciałek krwi.

Co się tyczy zejścia tych komórek, to pewnem jest, że one mogą się rozpadać i ulegać zanikowi; natomiast, czy mogą ulegać organizacyi, tego na pewno nie wiemy. Marschalko, Schottländer, Unna, Krompecher przypuszczają, ze komórki plazmatyczne mogą tworzyć tkankę łączną. Co do stosunku do komórek t. zw. nabłonkowatych, — to Unna twierdzi, że niektóre z nich mogą pochodzić z komórek plazmatycznych. Również Schottländer i Krompecher twierdzą, że są formy przejściowe między komórkami plazmatycznemi a komórkami nabłonkowatemi. Marschalko jednak i Jadassohn temu przeczą.

Drugim tworem, niezbędnym do drobnowidowego rozpoznania niedowładu postępującego, są, jak wspomniałem, t. zw. komórki pałeczkowate. Scharakteryzuję je najlepiej może, gdy podam, że nieznający tych komórek biorą je zwykle za komórki naczyniowe. Są to podłużne jądra, często o długości dwa i trzy razy tak wielkiej, jak zwykłe jądra śródbłonkowe, blado barwiące się, o kilku drobniutkich chromatynowych ziarenkach wewnątrz, ustawionych zwykle wzdłuż komórki. Z ciała protoplazmatycznego pozostają zwykle tylko dwie wypustki, odchodzące od obu biegunów jądra.

Co się tyczy znaczenia i pochodzenia tych tworów pałeczkowatych, sprawa ta rozstrzygniętą dotąd nie jest. Wspomnę tylko o 2. tu odnoszących się objaśnieniach. Alzheimer mianowicie przypuszcza, że komórki pałeczkowate pochodzą z komórek przybyszowych (adwentycyalnych). Opiera swoje twierdzenie na preparatach, mających rzekomo wykazać to wytwarzanie się komórek pałeczkowatych z błony przybyszowej *(adventitia)* naczyń. Szereg spostrzeżeń, o których za chwilę będę mówił, naprowadza mnie na przypuszczenie, że mamy tu do czynienia z jądrami neurogliowemi, podległemi licznym, niecałkowicie jednak zakończonym podziałom. Nissl pierwotnie przypuszczał, że komórki pałeczkowate powstają z jąder neurogliowych; nieumiał sobie jednak zdać sprawy z tego, w jaki sposób dochodzi do tak znacznego ich wydłużenia. Porzucił też to objaśnienie, które ja podejmuję w zmienionej w sposób powyższy formie. A czynię to na podstawie następujących danych: 1) Co się tyczy objaśnienia Alzheimera, to zawiera ono właściwie dwa różne twierdzenia: jedno, że z komórek przybyszowych (adwentycyalnych) powstawać mogą komórki pałeczkowate; drugie, że wszystkie komórki pałeczkowate powstają tylko z komórek zewnętrznej ścianki naczyń. Te dwa twierdzenia są zupełnie odrębne i do pewnego stopnia niezależne, a przynajmniej o tyle niezależne, że twierdzenie drugie może być błędne, a pierwsze mimo to może być prawdziwe, jakby to n. p. miało miejsce, gdyby było tak, że komórki pałeczkowate powstają nietylko z komórek ścianki naczyniowej, lecz także i w inny sposób. W tem też ostatniem znaczeniu twierdzenie, że komórki pałeczkowate powstają z komórek neurogliowych, nie wykluczałoby jeszcze twierdzenia, że powstawać one mogą także i z komórek ścianek naczyniowych. To też oba wspomniane objaśnienia, gdy je będziemy pojmowali w właściwy sposób, nie wykluczają się wzajemnie. I tylko z góry należałoby powiedzieć, że jeśli Alzheimer, podając, że wykazał wytwarzanie się komórek pałeczkowatych z komórek ścianki naczyń, utrzymuje, iż tem samem już wykazał powstanie z komórek naczyniowych wszystkich komórek pałeczkowatych, — to popełnia błąd rażący. 2) Co do teoryi Alzheimera, o ile ona dąży do wyprowadzenia wszystkich komórek pałeczkowatych z komórek ścianki naczyń, to teorya ta, zdaje się, upaść musi wobec następującego faktu, którego nie jest w stanie wytłómaczyć. Jak wiadomo, do charakterystyki komórek pałeczkowatych należy, że występują one nietylko przy naczyniach krwionośnych, lecz także przy komórkach nerwowych, tudzież wśród tkanki, zdala od komórek nerwowych i od naczyń krwionośnych. Tych dwu ostatnich faktów teorya Alzheimera w owem szerszem pojęciu nie jest w stanie wytłómaczyć. Nie jest ona w stanie wskazać, w jaki to sposób takie komórki pałeczkowate, jeżeli powstały z komórek ścianki naczyń, znalazły się zdala od tych naczyń bez żadnego z niemi bezpośredniego, czyto pośredniego połączenia, skoro jest niewątpliwem, że te komórki pałeczkowate własnych ruchów nie posiadają. O tę trudność rozbić się musi wspomniana teorya Alzheimera, pojęta szerzej, jako tłómaczenie powstania z komórek naczyniowych — nietylko komórek pałeczkowatych, znajdujących się przy naczyniach, ale także komórek pałeczkowatych, znajdujących się zdala i niezależnie od naczyń. 3) Preparaty, na które powołuje się Alzheimer, a z których jeden dzięki uprzejmości ich właściciela posiadam, wziąwszy ściśle, nie wykazują nam powstawania komórek pałeczkowatych z komórek ścianki naczyniowej. One, jak zresztą wszelkie obrazy anatomiczne, nie przedstawiają procesu powstania, lecz tylko dany jakiś stan. Obrazy, na które powołuje się Alzheimer, przedstawiają nam tylko pewne przestrzenne stosunki pomiędzy komórkami pałeczkowatemi i ściankami naczyniowemi, a mianowicie przyleganie, tudzież, co ma miejsce szczególnie przy większych naczyniach, pewne nachylenie się pod kątem komórek pałeczkowatych ku ściance naczynia. To tylko okazują preparaty Alzheimera i na tej już podstawie on utrzymuje, że te komórki pałeczkowate zostają wytwarzane z komórek ścianki naczynia. Widzimy z tego przedewszystkiem, że twierdzenie to Alzheimera nie jest bezpośredniem spostrzeżeniem, lecz jest dopiero przypuszczeniem, objaśniającem fakt spostrzegany. Pragnę jednak zaznaczyć, że objaśnienie, jakie Alzheimer daje wspomnianemu faktowi, nie jest ani jedynem, ani też nie jest więcej prawdopodobnem od następującego objaśnienia, jakie się wytwarza na podstawie mojej teoryi. Już Deiters zauważył, że wzdłuż naczyń występują często jądra, owe dawne „freie Körner“, niewątpliwe jądra neurogliowe. Z drugiej strony wiadomo, że w niedowładzie postępującym liczba włókien neurogliowych jest znacznie wzmożona nietylko w górnej warstwie bezkomórkowej, lecz szczególnie także i przy naczyniach (t. zw. zewnętrzna i wewnętrzna powierzchnia kory), przyczem do tych ostatnich włókna neurogliowe układają się w kierunku prostopadłym lub skośnym. Przedstawmy to sobie teraz: mamy naczynia krwionośne; do nich prostopadle czy skośnie kierują się wiązki włókien neurogliowych, a przy tych naczyniach obok tych włókien znajdują się owe komórki neurogliowe. Jeżeli teraz komórki te ulegną wydłużeniu, to wydłużać się nie będą mogły w poprzek włókien neurogliowych, gdyż spotkają tam znaczny z ich strony opór, lecz będą się oczywiście wydłużać w kierunku słabszego oporu, t. j. wzdłuż owych włókien neurogliowych, a więc skośnie lub prostopadle ku naczyniu krwionośnemu i nawet jego dotykać. Widzimy przeto, że jedyny ten fakt, stosunku przestrzennego między komórkami pałeczkowatemi a ściankami naczyń, jaki przedstawiają obrazy Alzheimera, a na podstawie którego buduje on swoją teoryę komórek pałeczkowatych, — przemawia z niemniejszym stopniem prawdopodobieństwa także i za naszą teoryą. 4) O dowodach charakteru apriorycznego, wypływających z całej naszej dotychczasowej znajomości ośrodkowego układu nerwowego, a przemawiających przeciwko całej teoryi Alzheimera, mówić tu nie będę, gdyż tam, gdzie *quaestio facti* wchodzi w grę, tam dane takie nigdy rozstrzygającej mocy mieć nie mogą. (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Karol Klecki: **Alkoholizm i antyalkoholizm. Studyum krytyczne.** Kraków 1904, stron 147.

Sprawa alkoholizmu i jego zwalczania uważaną jest dzisiaj za jedno z najważniejszych zagadnień medycyny socyalnej. Zajmuje ona coraz liczniejszych badaczy nietylko wśród lekarzy, ale także wśród ekonomistów i socyologów

i wywołała wszędzie olbrzymi ruch piśmienniczy, zarówno w zakresie czysto naukowym, jak i w celach agitacyjnych. U nas nowoczesny ten ruch dotychczas słabem tylko odbijał się echem. Autor leżącego przed nami studyum naliczył w naszem piśmiennictwie poważnem wszystkiego dwadzieścia kilka prac o alkoholizmie; w samem zaś tylko naukowem piśmiennictwie niemieckiem w ciągu ostatniego dwudziestolecia ukazało się prac takich 1443. Wskutek małego ruchu piśmienniczego brak nam też informacyi o postępach badań nad zagadnieniami, wiążącemi się ze sprawą alkoholizmu, a obchodzić mogącemi w pierwszym rzędzie lekarzy. Dlatego i dla lekarzy pożądanem być powinno ukazanie się studyum, wymienionego w tytule, choć nie jest ono wyłącznie dla lekarzy przystępne, ale dzięki jasnemu i łatwemu wykładowi może być z korzyścią czytane także przez wykształcony ogół. Lekarz znajdzie w niem jednak zestawienie wszystkiego, co go obchodzić może, dokładne i przedmiotowe. Autor ze swej strony roztrząsa, czy szerząca się także w naszem społeczeństwie w ostatnich czasach propaganda zupełnej wstrzemięźliwości jest ze stanowiska nauki lekarskiej uzasadnioną, stara się określić, jakie są rozmiary klęski pijaństwa u nas i podaje sposoby, którymi zwalczać ją u nas byłoby najwłaściwiej.

Po krótkim wstępie historycznym streszcza autor wyniki doświadczeń na zwierzętach i spostrzeżeń na ludziach, dotyczących działania alkoholu w większych dawkach na różne czynności ustroju. Wynika z nich, że „alkohol słusznie uważa się za jad i to za jad, działający głównie na układ nerwowy, a jadowitość tę należy rozumieć w ten sposób, że działa on istotnie szkodliwie nawet w takich dawkach, w jakich używa go wielu ludzi bez żadnych bezpośrednio się ujawniających złych następstw, a nawet przeciwnie, odczuwając pewne dodatnie jego działanie“. Alkohol pogarsza sprawność mięśni, pracę serca, oddychanie; zagłusza uczucie głodu, obniża czynność wydzielniczą narządów trawienia, a przez to upośledza odżywianie ustroju, działa bardzo szkodliwie na wątrobę. Stąd łatwo zrozumieć, jak szkodliwe skutki wywiera stałe spożywanie większych ilości napojów wyskokowych. Autor wylicza biorące stąd źródło sprawy chorobowe i przytacza obfite dane statystyczne, dotyczące chorobowości i śmiertelności wśród alkoholików. Zgubny wpływ alkoholizmu na sferę moralną oświetla autor podobnież zapomocą całego szeregu liczb, poczem równie dokładnie przedstawia fatalne skutki, jakie alkoholizm rodziców wywiera na potomstwo. Te ustępy książki dotyczą szczegółów, lepiej znanych lekarzom, dlatego krótko tylko o nich wspominam. Mniej natomiast znane są ogółowi lekarskiemu nowsze wyniki badań nad działaniem na ustrój małych dawek wyskoku. Sprawą tą, do dziśdnia jeszcze niezupełnie wyświetloną, a bardzo ważną także i ze stanowiska praktyki lekarskiej, zajmuje się autor w obszernym ustępie.

Już w samem określeniu dawki „małej“ i „umiarkowanej“ panuje nawet między lekarzami pewna dowolność. Jednakże w ostatnich czasach uważa się niemal powszechnie za dawkę małą — ilość, nie przekraczającą $^1/_2$ grm alkoholu absolutnego dziennie na 1 kg. wagi ciała, czyli nie dochodzącą 3—4 kieliszków 40% wódki, albo tyluż szklanek 4% piwa, lub 4—5 kieliszków 10% wina dla człowieka dorosłego. Jak takie dawki działają na ustrój, jest ciągle jeszcze rzeczą sporną, przedewszystkiem co do ich wpływu na czynności umysłowe. Dawniejsze doświadczenia na zwierzętach nie dozwalały prawie nic o tem wnosić. Nieco pewniejszych danych dostarczyły odpowiednio obmyślane doświadczenia na ludziach, rozpoczęte naprzód przez Kraepelina, a powtarzane przez jego uczniów i naśladowców. Autor opisuje obszernie te zajmujące doświadczenia, z których zdawałoby się wynikać, że wyskok nawet w małych dawkach czynności mózgowe wogóle upośledza, że jednak w początkowych okresach działania może przyspieszyć wystąpienie przejawów nawet dosyć zawiłej pracy umysłowej. Takie działanie zdaje się wywierać alkohol w mniejszych dawkach zarówno u ludzi, do niego przyzwyczajonych, jak i u ludzi zupełnie nie używających napojów wyskokowych. Obecnie nie można jednak jeszcze stwierdzić, na czem działanie to polega: czy jest skutkiem istotnego chwilowego pobudzenia czynności mózgowych, czy zahamowania czynności ubocznych lub korzystnej na razie zmiany usposobienia. Nawet zaś w bardzo małych dawkach upośledza alkohol wrażliwość zmysłów. Czy przy stałem używaniu małych, a codziennych dawek wyskoku może nastąpić skutek zbiorowy, to jest kumulacya jego złych skutków, nie wiemy. Również nie jest dokładnie znanem działanie małych dawek wyskoku na serce i naczynia krwionośne; po dawkach takich nie spostrzegano jednak u zwierząt tych zmian histologicznych w zwojach nerwowych serca, jakie powstają po dawkach większych. Szkodliwego wpływu małych dawek wyskoku na ciałka czerwone krwi nie stwierdzono; oddychanie pod ich wpływem wzmaga się, a ilość powietrza, wdychanego i wydychanego w jednostce czasu, zwiększa się; na trawienie, o ile można wnosić z doświadczeń na zwierzętach, wpływają małe dawki w ten sposób, że zwiększają przy jednorazowem użyciu ilość soku żołądkowego, natomiast często powtarzane, upośledzają trawienie żołądkowe. Nawet małe dawki wyskoku upośledzają wydajność pracy fizycznej, trwającej czas dłuższy; natomiast mogą przy krótkotrwającym wysiłku pracę mięśniową zwiększyć i to bez szkody dla ustroju, jeżeli po wysiłku nastąpi potrzebny wypoczynek i jeżeli wysiłek nie przekracza granicy, poza którą narażone są na szwank inne narządy, zwłaszcza płuca i serce. W pożywieniu może wyskok zastąpić część tłuszczów lub węglowodanów, a przez to zaoszczędzić białko, i to u ludzi, do wyskoku przyzwyczajonych — od samego początku; u ludzi zaś nieprzyzwyczajonych — po kilku dni trwającym wzmożonym rozpadzie białka; jako pożywka, może być wyskok w ustroju źródłem energii. „Umiarkowane“ dawki wyskoku, używane stale, mogą może działać szkodliwie na zdrowie i usposabiać do chorób, nie jest to jednak jeszcze ściśle dowiedzione. Natomiast nie stwierdzono żadnego szkodliwego wpływu dawek istotnie „małych“, nawet codziennych.

Objaśniwszy wszystkie te szczegóły streszczeniem odpowiednich doświadczeń i spostrzeżeń, konkluduje autor, że ściśle stwierdzoną jest dotychczas co do małych dawek wyskoku tylko szkodliwość ich na złożone czynności mózgowe, na wyższe stopnie wrażliwości zmysłów, oraz na dłużej trwającą pracę fizyczną. Sądzi przeto, że ludzie pracujący umysłowo, powinni zachować zupełną wstrzemięźliwość, a już co najmniej nie używać wyskoku przed pracą umysłową i podczas niej; to samo dotyczy ludzi, wytężających przy pracy zawodowej zmysły, oraz pracujących z wielkim wysiłkiem mięśni fizycznie przez czas dłuższy. Ta okoliczność, że nie stwierdzono szkodliwego działania małych dawek wyskoku na mniej zawiłe, lub mniejszego wysiłku wymagające czynności ustroju, nie uprawnia jednak bynajmniej do tego, aby zezwolić wogóle na stałe używanie takich dawek. Możnaby się na nie zgodzić tylko wyjątkowo, nabrawszy przeświadczenia, że w danym wyjątkowym przypadku nad szkodliwem działaniem wyskoku może przeważyć wpływ korzystny na pewne czynności ustroju, a nie można zaprzeczyć, że w pewnych szczególnych warunkach może się to zdarzyć. Jako przykład przytacza autor zachodzącą niekiedy potrzebę przytłumienia pewnych czynności mózgowych, zbyt silnie pobudzonych i trwających wbrew woli osobnika nadmiernie długo, co działa na umysł nużąco i wyczerpująco; ułatwienie krótkotrwających wysiłków fizycznych; chwilowe wzbudzenie łaknienia. Dlatego też, aczkolwiek najlepiej jest wyskoku zupełnie nie używać, to w pewnych szczególnych przypadkach „okolicznościowe ich użycie w dawkach małych lub miernych ze stanowiska nauki lekarskiej winno być dozwolone“. Taka mała dawka, na którą w tych wyjątkowych okolicznościach zezwolić można, wynosi około 23 gr. wyskoku bezwzględnego (2 kieliszki wódki lub wina, lub 2 szklanki piwa) dla zdrowego człowieka dorosłego.

Oczywiście odnosi się to do przygodnego, jednorazowego użycia wyskoku. Regularnego, codziennego używania tego środka, choćby w dawkach małych, należy zupełnie zaniechać, skoro nie dowiedziono, że takie dawki nie posiadają działania zbiorowego, skoro więc takiego działania wyłączyć nie można, a o jakimkolwiek korzystnym wpływie takiego używania wyskoku i mowy niema.

Są wprawdzie jeszcze i dzisiaj autorowie, którzy „ze stanowiska naukowego“ zezwalają na stałe używanie małych dawek wyskoku. Ale autor słusznie zwracając uwagę, że ci, którzy zalecają tylko umiarkowanie, opierają się nie na pewności, że wyskok w takich dawkach jest nieszkodliwy, lecz na braku pewności, że jest szkodliwy, zapatrywania te, jako nieuzasadnione, potępia.

Dotknąwszy jeszcze krótko sprawy leczniczej wartości wyskoku, omawia dalej autor drugorzędne składniki napojów wyskokowych, kładąc nacisk na to, że są one po większej części szkodliwsze jeszcze, niż sam wyskok; te zaś, któreby mogły być pożyteczne (cukier, dekstryna, guma i białko w piwie) są przez składniki szkodliwe odsunięte na plan drugi i wypadają dla konsumenta kilkakroć drożej, jako składnik napojów wyskokowych, niż w zwykłych pokarmach. Dalej przedstawia autor sprawę alkoholizmu u dzieci, wreszcie przechodzi do zarysu leczenia; resztę dziełka wypełniają bardzo obfite i zajmujące dane o walce z alkoholizmem, prowadzonej przez różne państwa i społeczeństwa. W tej też części studyum zestawione są najważniejsze systemy walki i wyniki, jakie w różnych krajach osiągnięto. W końcu znajdujemy próbę obliczenia, o ile to dzisiaj jest możebne, w jakim stopniu szerzy się nałóg pijaństwa u nas i jakie miejsce zajmuje społeczeństwo nasze pod tym względem wśród innych narodów. Galicyi przypadałoby według badań autora wśród różnych krajów z rzędu miejsce trzynaste. Królestwu czternaste, czyli trzecie z końca, po Królestwie bowiem następują już tylko dwa najwstrzemięźliwsze dziś narody, t. j. Norwegowie i Finlandczycy. Chociaż jednak pod tym względem „społeczeństwo nasze zajmuje na szczęście wśród narodów europejskich bardzo skromne miejsce“, niemniej poprawa stosunków i ukrócenie pijaństwa jest i u nas pożądane i potrzebne. Przytoczywszy historyę i stan obecny walki z alkoholizmem u nas, uważa autor za najwłaściwszy sposób działania w naszem społeczeństwie nietyle propagandę zapomocą stowarzyszeń, ile energiczną działalność ze strony duchowieństwa i nauczycielstwa; w tym celu należy wpajać potrzebne wiadomości już w seminaryach duchownych i nauczycielskich kandydatom do tych zawodów.

Pożyteczna i na uznanie zasługująca praca autora, opracowana starannie, napisana gładko i potoczyście, a ukazująca się właśnie na czasie, ma wszelkie dane po temu, aby zapoznać dokładniej nasz ogół lekarski i szersze koła społeczeństwa z dzisiejszym stanem nauki o alkoholizmie i ze środkami zwalczania tej klęski społecznej i przyczynić się rzetelnie do powodzenia dobrej sprawy. *Ciechanowski.*

V. Wyciągi.

Küster. **O nader skutecznem leczeniu suchot i innych ciężkich chorób zakaźnych środkami odkażającymi, zastosowanymi wewnętrznie.** (*Berliner klin. Wochenschrift* 1904, Nr. 43). Od czasów, jak uznano za fakt niezbity, że drobnoustroje są przyczyną wielu chorób, myślano, że do wyleczenia potrzebny jest środek wewnętrznie użyty, któryby bakterye zniszczył bez szkody dla ustroju ludzkiego. Dotychczas jednakże nie mogliśmy tą drogą zniszczyć zupełnie drobnoustrojów, ponieważ leki, użyte w dawkach działających, są szkodliwe i dla zdrowia ogólnego. Przypuszczenie jednakże, że wogóle każdy środek silnie działający zawsze jest trucizną dla ustroju, okazuje się nieścisłem, ponieważ w „gryserynie“ mamy przetwór, który działa zabójczo na drobnoustroje, a może być użyty wewnętrznie nawet w wielkich dawkach bez szkody dla ustroju człowieka. Historya gryseryny jest następująca: Brat autora, prof. Küster, miał pierwszy zauważyć, że jodoform przy wielkich opatrunkach wywołuje objawy zatrucia, mogące nawet zakończyć się śmiercią. Potrzebnym więc był przetwór zastępczy, który podał prof. Klaus. Jest to kwas metajodoortoksychinolinoanasulfonowy ($C_9H_4J.OH.SO_3HN.$), który nazwał „loretyną“. Mimo że cały szereg lekarzy uznał ten środek za nie wywołujący ani miejscowo, ani ogólnie objawów zatrucia, podczas gdy działa zabójczo na drobnoustroje, a jednocześnie prędko goi rany, świat naukowy nie okazał się dla niego przychylny i wytwarzania loretyny zaniechano. W ostatnich czasach jednakże laik, niejaki Rich. Griese, wykazał zalety tego środka. Porównawcze tablice uniwersytetu fryburskiego wykazały jego własności bakteryobójcze i to skłoniło pana Griesego do doświadczeń osobistych.

Zażywał on bowiem 5 gramów na dawkę i doszedł do następujących wniosków: loretyna w dawkach 5 grm. jest nieszkodliwą dla ustroju ludzkiego. Dawka od 3 do 5 grm. wywołuje po 20 minutach rozwolnienie, poczem łaknienie się wzmaga. Po 12 godzinach można loretynę wykazać w moczu. Dawka lecznicza jest 0·2, 0·3, 0·5. Sam Griese podawał lek ten chorym na gruźlicę, którzy mimo pobytu w sanatoryach nie doznali polepszenia. Gryseryna w tych razach działała dodatnio, a lekarze podziwiali skutki lecznicze tego przetworu. Bardzo dobre wyniki otrzymał Griese w leczeniu płonicy i błonicy.

Wyniki te skłoniły Griesego do wydania broszury p. t.: „Bezwzględne leczenie gruźlicy drogą wewnętrzną odkaźną“. Nie zwrócono jednakże uwagi na to dzieło, ponieważ było wydane przez laika. Pan Griese tymczasem ulepszył lek przez dodanie alkaliów, co uczyniło go bardziej rozpuszczalnym i zdatniejszym do wewnętrznego użycia. Środek ten nazwał „gryseryną“ i udał się do lekarzy Dr. Malmer Monsa, Dra Dörschlaga i autora (Küstera) z prośbą o jego zbadanie. Dr. Malmer Mons badał środek w sanatoryum Dra Grossa, podczas gdy Dr. Dörschlag i Küster wynajęli do celów obserwacyjnych osobną willę. Küster twierdzi, że działanie gryseryny jest zawsze stałe i pewne i że chorzy chętnie ją zażywają. Dawka 0·5 wywołuje rozwolnienie, dlatego też należy początkowo podać dawki mniejsze, po 0·3 rano i wieczorem, które sprowadzają wypróżnienia prawidłowe. Łaknienie wkrótce się wzmaga, mocz, kał i plwocina przybierają barwę żółtoczerwoną. Zauważyć można, że i ręcznik, użyty do wycierania ciała, staje się żółtawym; gryseryna więc nie wydziela się tylko moczem, ale także i przez skórę. Ubocznego działania gryseryna niema. Rozwolnienie, które czasem występuje, powstrzymać można małemi dawkami tanalbiny. Naprzód badano gryserynę u osób gruźliczych: już po kilku dniach chorzy doznają uczucia ucisku, bolu i kłucia w klatce piersiowej. Ilość plwociny się wzmaga. Są to wedle Küstera objawy, świadczące za tem, że środek zaczyna działać. Objawy te wkrótce ustępują, a chory doświadcza poprawy. Gorączka i poty ustępują, żywienie i odżywianie wzmagają się, chorego przybywa na wadze, kaszel łagodnieje, plwocina się zmniejsza. Objawy przysłuchowe i wypukowe pozostają dłużej, ale także po pewnym czasie ustępują. Wedle zdania Küstera gryseryna, wydzielona przez płuca, zabija prątki Kocha i inne drobnoustroje, przez co zapobiega dalszemu niszczeniu płuc, poczem umożliwia zupełne wyleczenie.

By wyleczyć części, patologicznie już zmienione, potrzebny jest pobyt na świeżem powietrzu i dobre odżywienie. Sanatorya szczególnie nadają się do leczenia suchot gryseryną i liczyć można na zupełne wyleczenie.

Küster stosował gryserynę w przypadkach beznadziejnych. I tak u pacyenta 19-letniego, u którego była już wysoka gorączka, silne poty, gruźlica krtani, a w lewem płucu duża jama, po używaniu gryseryny wysoka ciepłota opadła, poty ustały, a plwocina, przedtem ropna, stała się śluzowo-szklistą. Dobre wyniki otrzymał Küster także w przypadku gruźlicy stawu kolanowego, który był już przeznaczony do operacyi.

Malmer-Mons leczył z dobrym skutkiem wrzody gruźlicze krtani zapomocą wdmuchiwań proszku gryseryny. Küster twierdzi, że otrzymał także dobre wyniki przy raku: rak sutka, trwający od roku, już w 7 dniu uległ przy leczeniu gryseryną rozmiękczeniu, poczem powoli się zmniejszył. Griseryna działa także dobrze w zmianach rakowatych jajników i raku macicy.

Także i Dr. Dörschlag miał mieć dobre wyniki, stosując gryserynę przy raku.

Wedle twierdzenia Küstera działanie dodatnie gryseryny przy raku dowodzi, że przyczyną raka są drobnoustroje, a leczenie raka w przyszłości stanie się rzeczą internisty. Działanie nader skuteczne otrzymał Küster w błonicy i płonicy. Tak samo otrzymał zupełne wyleczenie w zapaleniu płuc, połączonem z zapaleniem śródsierdzia.

Ponieważ w przypadku gośćca stawowego nie stwierdził dobrych wyników, utrzymuje, że ta postać gośćca nie była wywołaną drobnoustrojami. Dobrze działa gryseryna także przy wolu. Nader ciekawe i wprost zdumiewające były wyniki, otrzymane w chorobach skórnych, mianowicie wyprysku i łupieżu. Drobnoustroje, które są przyczyną tych chorób, mają swoją siedzibę dość głęboko w skórze tak, że leki, zastosowane na skórze, tu nie działają. Gryseryna, użyta wewnętrznie, wydziela się także i przez skórę, a po drodze zabija drobnoustroje.

Dobre wyniki otrzymano także przy czyrakach, zolzach i toczniu.

Dr. Dörschlag leczył z dobrym skutkiem ciężki przypadek kiły, gdzie rtęć pozostała bez skutku. Küster twierdzi, że gryseryna, użyta zaraz po wystąpieniu wrzodu twardego, zapobiega wystąpieniu ogólnych objawów kiły.

Dobre wyniki otrzymał K. także w zapaleniu ropnem ucha środkowego i guzów krwawnicowych. Gryseryna więc ma być środkiem zabójczo działającym na drobnoustroje; wydziela się przez przewód pokarmowy, płucami, skórą i moczem. Küster zwraca się przy końcu swej rozprawy do lekarzy całego świata z prośbą, aby gryserynę wypróbowali także w durze, cholerze, dżumie i t. d. i twierdzi, że medycyna wewnętrzna nie będzie więcej kopciuszkiem w porównaniu do chirurgii, ponieważ w gryserynie mamy lek tak dobrze działający, że pociechą będzie być lekarzem chorób wewnętrznych *). *Dr. J. B. Sokal* (Lwów).

L. Lewin (Berlin). **Istotna podstawa działania leków, a szczególnie przetworów odkażających.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 44, 1904). Autor, znany z prac na polu higieny społecznej, podnosi w swoim artykule kilka faktów, na które zwykle tak mało zwracamy uwagę, a które przecież stanowią główny czynnik przy działaniu rozmaitych leczniczych przetworów odkażających. Na podstawie nabytych wiadomości i doświadczeń doszliśmy do pewnych prawd, których stosowanie praktyczne wszelkie nam przynosi korzyści, a właściwie przynosić powinno, gdyby nie smutny objaw, najbardziej nam szkodzący, że nie umiemy, albo też nie chcemy zastosować się w naszych czynnościach przktycznych ściśle do wyników teoretycznych. Jasny przykład mamy na stosowaniu leków. Nie poznawszy dokładnie właściwości tych leków, lub nie rozumiejąc działania ich na podkład żyjący, doszliśmy do pewnego schematu przy ich stosowaniu, od którego nie odstępujemy i stąd też pochodzi, że w pewnych przypadkach szkodzimy, w innych zaś nie pomagamy, mimo iż pomódz możemy. Co do leków lub przetworów desinfekcyjnych, to pierwszym warunkiem, by pewien środek wogóle działał, jest bezpośrednie zetknięcie się owego ciała chemicznego z substancyą żyjącą w tem miejscu, na które środek ten właśnie ma działać. (Teoretycznie jest niedorzecznością, aby pewne środki mogły działać na odległość wzajemnego oddziaływania. To jest przeciw wszelkim podstawowym zasadom chemii). Ładnie brzmi to w teoryi, a jednak jak to wszystko wygląda śmiesznie w praktyce. Jaskrawym tego przykładem, dobitnie demonstrującym nam tę śmieszność, jest stosowanie desinfekcyi wogóle. W sposób cięty i nadzwyczaj dowcipny opisuje Lewin, jak taka desinfekcya w praktyce wygląda. W Berlinie posypują codziennie stanowiska dorożek jakimś czerwonym proszkiem desinfekującym. Konie jednak nie osiągły niestety dotychczas takiego stopnia wykształcenia, ażeby wydaliny swoje akuratnie na tem miejscu zostawiały, które posypano proszkiem. Jeżeli nawet szczęście sprzyja i kał upadnie na takie miejsce, cóż wówczas się dzieje?

Wprawdzie w jednym punkcie swej powierzchni kał dotyka się owego proszku, reszta zostaje tak, jakby proszku wcale nie było. Jeżeli rzeczywiście uważamy za swój obowiązek, by kał koński odkażać, wówczas musielibyśmy postawić człowieka, któryby kał ten ciągle dokładnie z proszkiem tym mieszał. Nawiasem powiedziawszy, Lewin uważa kał koński za zupełnie nieszkodliwy. A teraz oglądnijmy się, czy u nas to lepiej może wygląda. Jeżeli chcemy odkazić wydaliny ludzkie, posypujemy je delikatnie jakimś proszkiem i jesteśmy przekonani, żeśmy wszystko zrobili. Tymczasem miliony bakteryi, żyjące w głębszych nieco warstwach tych wydalin, cieszą się wprost, że przez posypanie owym proszkiem warstwy powierzchowne tworzą twardą skorupę i że im tam ciepło i bezpiecznie. Czy sądzimy, że owe miliony żyjątek giną już, jeżeli wąchają nasze środki odkażające? Czy lekarz wychodząc od przypadku duru plamistego inaczej postępuje, gdy delikatnie pokropi swe szaty kwasem karbolowym, jakby jakiemiś perfumami?

*) Redakcya »*Berliner klinische Wochenschrift*« dodała od siebie do pracy Küstera dopisek, w którym pozostawia odpowiedzialność za treść artykułu wyłącznie autorowi. (*Przyp. Red.*).

A jak wygląda nasza urzędowa desinfekcya pomieszkań po przypadkach chorób zakaźnych, wolę już o tem nie mówić. Słusznie więc twierdzi Lewin, że to nie jest praktyczna desinfekcya. Wróćmy więc do tego, cośmy mówili na początku niniejszego sprawozdania. Lekarz, wykonujący sam praktyczną desinfekcyę, lub rozkazujący ją wykonywać, powinien zawsze pamiętać o pogodzeniu praktyki z teoryą, a nie postępować według pewnego utartego, nieskutkującego schematu. *Dr. M. Selzer* (Lwów).

Kuszew. **Pulsus differens w tętnicach sprychowych w ścieśnieniu lewego ujścia żylnego.** (*Medicinskoje Obozrenije* 1904, Nr. 5). Na podstawie dwóch spostrzeżeń, sprawdzonych sekcyą, zaznacza K. doniosłe znaczenie rozpoznawcze objawu, opisanego w roku 1896 przez prof. Popowa, dla rozpoznania ścieśnień lewego ujścia żylnego, powikłanego z niedomykalnością zastawki dwudzielnej. Objaw ten zawiera się w heterodynamizmie, polegającym według prof. Popowa na niejednakiej sile tętna w tętnicach sprychowych; zwykle w lewej tętnicy jest ona znacznie słabszą, niż w prawej. Objaw ten występuje przeważnie u młodych osobników do 40 lat życia w okresie zaburzeń wyrównania; gdy zaś czynność serca pod wpływem spokoju i leczenia staje się prawidłową, objaw ten znika zupełnie lub występuje bardzo niewyraźnie; w wieku starczym nie daje się on wykazać, nawet w razie powikłania wady wysokim stopniem zaburzeń wyrównania. Na powstanie tego objawu składają się różne czynniki, przedewszystkiem znaczne powiększenie lewego przedsionka w kierunku ku górze, tyłowi i na zewnątrz, więc odpowiednio położeniu łuku tętnicy głównej; wskutek tego, łuk i powstające z niego tętnice lewa dogłowowa (*a. carotis*) i lewa podobojczykowa ulegają uciskowi, co zaznacza się mniejszą siłą tętna w lewej tętnicy sprychowej w porównaniu do prawej. Oprócz zwiększonego lewego przedsionka łuk tętnicy ulega uciskowi również ze strony rozszerzonego i przepełnionego krwią pnia tętnicy płucnej. Z innych czynników w ścieśnieniu lewego ujścia żylnego na pierwszem miejscu trzeba położyć małą ilość krwi w tętnicy głównej i obniżenie ciśnienia krwi w dużym krwiobiegu, wskutek tego ściany łuku tętnicy głównej są mało napięte i łatwo ustępują uciskowi ze strony zwiększonego przedsionka lewego. Nie bez znaczenia jest wreszcie i ta okoliczność, że lewa tętnica podobojczykowa tworzy kąt więcej ostry, niż prawa; wskutek tego wzmożone ciśnienie na łuk tętnicy głównej odbija się w większym stopniu na lewej tętnicy podobojczykowej. Wszystkie te przyczyny w połączeniu warunkują różnicę siły tętna w obydwóch tętnicach sprychowych u chorych na ścieśnienie lewego ujścia żylnego w okresie zaburzeń wyrównania. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Dr. Wiesinger. **Dwa przypadki ostrego zapalenia trzustki, wyleczone po laparotomii.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1904, Nr. 35). I. otyła, 44-letnia kobieta, dotychczas zdrowa, zachorowała przed trzema dniami (bóle w okolicy pępka, zaparcie wiatrów i stolca, wymioty). Po otworzeniu jamy brzusznej stwierdzono nastrzykanie otrzewnej, w jamie otrzewnowej znaczna ilość płynu surowiczo-krwawego, w sieci, krezce i na otrzewnej, najczęściej w okolicy trzustki, ogniska obumarłego tłuszczu. Wysięku w torebce sieciowej (*bursa omentalis*) niema. Trzustka nie powiększona. Jamę otrzewnową wysączkowano. Chora wyzdrowiała.

II. Robotnik 32-letni, od dłuższego czasu mający pewne przypadłości żołądkowe; zachorował dnia poprzedniego wśród podobnych objawów, jak w przypadku I. Otworzono jamę brzuszną i znaleziono stosunki takie, jak w przypadku poprzednim, z tą jedynie różnicą, że wysięku było mniej. Po wytamponowaniu okolicy trzustki chory wyzdrowiał.

We wnioskach końcowych zgadza się W. z Mikuliczem, aby w każdym podobnym przypadku starać się głównie o odprowadzenie wysięku zapalnego, a gdy tego zajdzie potrzeba, chory narząd (a więc trzustkę) szeroko kilkakrotnie ponacinać. *Herman.*

Pierre Marie i G. Guillain. **Zwyrodnienia następcze w sznurach przednich rdzenia.** (*Revue neurologique* Nr. 14, 1904). Na podstawie całego szeregu starannie wykonanych badań drobnowidowych w przypadkach ognisk rozmiękczynowych, umieszczonych w przebiegu dróg piramidalnych, przychodzą autorowie do przekonania, że dotychczasowe zapatrywania co do pochodzenia dróg piramidalnych nieskrzyżowanych w rdzeniu nie dadzą się utrzymać w całej pełni. Z jednej strony przerwanie chociażby zupełne dróg piramidalnych śródmózgowych sprowadza tylko minimalne wtórne zwyrodnienie w zakresie sznurów przednich rdzenia, lub nie sprowadza go wcale, z czego wnioskować należy, iż drogi piramidalne w przeważnej liczbie przypadków ulegają zupełnemu, lub prawie zupełnemu skrzyżowaniu. Z drugiej strony ogniska rozmiękczynowe, znajdujące się w opuszce rdzenia lub w moście, wywołują zwyrodnienia bardzo znaczne w zakresie sznurów przednich.

Zwyrodnienia te leżą nieco bliżej rogów przednich, aniżeliby to odpowiadało położeniu piramid nieskrzyżowanych. Fakt ten daje się tylko w ten sposób wytłómaczyć, iż włókna, pochodzące z pewnych części mostu i opuszki, przebiegają w rdzeniu w sznurach przednich i stanowią główną część włókien, które dotychczas uważano za włókna piramidalne nieskrzyżowane pochodzenia mózgowego. Dla włókien tych proponują autorowie ze względu na ich położenie nazwę włókien: „parapiramidalnych", lub ze względu na kształt zajmowanego przez nie miejsca „włókien półksiężycowatych" (*faisceau en croissant*). *Dr. A. Rydel.*

Bogdanow Berezowskij. **W sprawie zaczynów utleniających (oksydaz) jamy ustnej i w szczególności śliny.** (*Russkij Wracz* 1904, Nr. 8). Autor badał ślinę 32 osobników zdrowych, dalej ślinę noworodków, starców, 69 chorych na uszy, 14 chorych na mieszkowate i błonicze zapalenie migdałków, 13 z zajęciem jamy ustnej i gardła kiłowej przyrody, 6 z nowotworami jamy ustnej i 38 chorych, dotkniętych różnemi ogólnemi lub miejscowemi schorzeniami: oprócz tego autor poddał badaniu polipy w uchu i nosie, wyrośle gruczołowate w jamie nosowopołykowej migdałki, oraz ślinianki, gruczoły tarczykowy i szyjne zabitego psa, ślinę psa wściekłego i szyjne gruczoły chłonne dziecka, które zmarło na błonicę i dziecka, zmarłego na gruźlicę. Wreszcie wykonał autor szereg doświadczeń na psie z wyprowadzonemi na zewnątrz przewodami gruczołu przyusznego i podszczękowego, w celu otrzymywania z osobna wydzieliny tych ślinianek. Na podstawie tych badań przyszedł autor do wniosków następujących: 1) ślina zdrowego i chorego ustroju, zarówno wydzielina gruczołu przyusznego, jak i podszczękowego, zawsze zawiera zaczyny utleniające; 2) zaczyny te można wykazać w ślinie już w pierwszych godzinach życia dziecka; w starości ilość ich ogromnie obniża się; 3) schorzenia jamy ustnej i górnych odcinków dróg oddechowych wpływają na zawartość w ślinie zaczynów utleniających: stopień tego wpływu w obecnym czasie wskutek niedostatecznej metodyki trudno oznaczyć ściśle; 4) nowotwory i tkanka prawidłowa zachowują się niejednakowo względem odczynów na oksydazy; 5) fizyologiczne znaczenie oksydazy ślinowej sprowadza się do rozkładania tłuszczów i złożonych eterów, do utleniania aldechydów w odpowiednie kwasy; wreszcie do utleniania węglowodanów; 6) oksydaza ślinowa rozkłada salol na fenol i kwas salicylowy, co przemawia za używaniem salolu dla przepłókiwań jamy ustnej i połyku w celach zapobiegawczych i leczniczych; 7) wewnętrzne stosowanie jodku zwiększa ilość oksydazy ślinowej; 8) blizkie powinowactwo oksydazy do nadtlenku wodoru pod względem wpływu na tkanki ustrojowe przemawia na korzyść stosowania nadtlenku wodoru w chorobach jamy ustnej. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Cohn. **O dziedziczności i leczeniu zezu zbieżnego.** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 40. 1904). Autor zestawia wyniki badań nad dziedzicznością zezu. Z 27.000 chorych, badanych w praktyce prywatnej, 805 miało zez zbieżny, a z tych 183, czyli 23% miało krewnych, również zezujących. Wynika więc z tego, że co najmniej ¼ wszystkich, mających zez zbieżny, odziedziczyła tę wadę rozwojową. Stosunek odsetkowy byłby jeszcze większym, gdyby we wszystkich przypadkach można zebrać dokładne dane wywiadowcze. Jest to jednak z wielu względów niemożebnem. Chorzy bowiem mogą nie wiedzieć o istnieniu krewnych zezujących, lub też zez, w dzieciństwie istniejący, ustąpił dobrowolnie, albo po dokonanej operacyi w późniejszym wieku. Przeszkody te w zebraniu odpowiednich wywiadów mogliby usunąć okuliści szkolni, korzystając z licznego materyału, jakim jest młodzież szkolna. We wszystkich przypadkach odziedziczonych znaleziono nadwzroczność jako wadę refrakcyjną i powszechnie jest wiadomem, że wada ta przyczynia się do powstawania zezu. Zasada ta jednak nie wyjaśnia faktu, dlaczego setki tysięcy nadwzrocznych wcale nie zezują i nasuwa myśl, że muszą tu działać jeszcze inne czynniki, jak schorzenia mięśni ocznych, lub wrodzone zmiany w mięśniu prostym wewnętrznym. Rozstrzygnięcie tego pytania powinno być przedmiotem dalszych badań. W sprawie leczenia zezu zbieżnego zaleca autor na podstawie 40-letniego doświadczenia nad 2000 zezujących i 700 operowanych postępowanie następujące: 1) Do 4 roku życia zawiązywać tylko oko zdrowe na przeciąg kilku godzin. 2) W 5 roku życia rozpocząć ćwiczenia mięśni ocznych przy pomocy szkieł wypukłych i stereoskopu. 3) Starać się o zupełne wyrównanie wady wzrokowej. 4) Operacyę przedsięwziąć dopiero w 10 roku życia; tylko w przypadkach nadzwyczaj szpecących w 6 roku. 5) Chorym przyrzekać tylko poprawę tej wady, a niezupełne jej usunięcie. *Dr. W. Reis.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

M. Lubowski. **O wewnętrznem leczeniu rzeżączki z szczególnem uwzględnieniem nowego leku przeciwrzeżączkowego gonosanu.** (*Fortschr. der Med.*, Nr. 26, 1904). Praca Lubowskiego jest sprawozdaniem zbiorowem z ogłoszonych dotychczas w piśmiennictwie notatek o gonosanie. Lek ten szybko usuwa bole przy oddawaniu moczu i wzwodzie w okresie zapalnym, powiększa wydzielanie moczu, a wpływa na zmniejszenie ilości ropy, skutkiem czego można się spodziewać zupełnego ustania wypływu już 8—10-go dnia. Boss, który wprowadził ten środek do praktyki, rozpoczął leczenie natychmiastowemi wstrzykiwaniami tego leku prątkobójczego i podawał od pierwszego dnia kapsułki gonosanowe (8—10 dziennie, stosownie do nasilenia objawów) aż do czasu, w którym zwyczajnie występują powikłania, t. j. do początku 4-go tygodnia. Tym sposobem leczył Boss 28 przypadków świeżej rzeżączki. Prócz uśmierzania bolów, szybkiego wyjaśniania się moczu, zapobiegania rozszerzeniu się sprawy rzeżączkowej na tylną część cewki, podnosi B., jako dalszą zaletę, iż gonosan, w przeciwieństwie do olejku sandałowego, nie upośledza prawie wcale trawienia. Benninghoven leczył 20 przypadków świeżej rzeżączki: obok równoczesnego miejscowego stosowania wstrzykiwań 1%-ego roztworu protargolu 4—5 razy dziennie, podawał on po 2 kapsułki gonosanu i twierdzi, że środek ten jest prawdziwem wzbogaceniem skarbca leczniczego. M. Friedländer stosował gonosan wyłącznie u takich chorych, u których rzeżączka ostra lub podostra nie ograniczała się do przedniej części cewki, lecz zajęła także część tylną, sprowadzając bole i kurcze, względnie krwawienie po oddaniu moczu. Gonosan działał tu bez wyjątku korzystnie. Reissner (35 przypadków rzeżączki przedniej i tylnej) osiągnął również dobre wyniki. Właśnie w przypadkach rzeżączki ostrej z gwałtownymi objawami zapalnymi okazywał gonosan szczególnie dobre działanie. Po 9-ciu kapsułkach dziennie, bez wszelkiego miejscowego leczenia, jedynie przy odpowiedniej dyecie, ustąpiły podmiotowe dolegliwości, parcie na mocz, bolesne wzwody, a po kilku dniach zmniejszyła się wydzielina. Właśnie w działaniu kojącem bole i zmniejszającem wydzielinę widzi Reissner zalety gonosanu w porównaniu z zwykłym olejkiem sandałowym. L. Spitzer (100 przypadków rzeżączki przedniej i tylnej części cewki moczowej, zapalenia pęcherza ostrego i broczącego) leczył tylko gonosanem z wykluczeniem zabiegów miejscowych i był również zadowolnionym ze skutków. H. Lohnstein przeciwnie leczył 25 przypadków także i miejscowo i to jak najwcześniej; wychwala gonosan, gdyż niema on ani nieprzyjemnego smaku, ani przykrych działań ubocznych, jak inne leki żywiczne, a w szczególności zwykły olejek sandałowy. Saalfeld stosował gonosan w 53 przypadkach ostrej i 22 przewlekłej rzeżączki i twierdzi, iż wprowadzenie gonosanu jest znacznym postępem w leczeniu rzeżączki. Zmniejsza on szybko wydzielinę ropną i zamienia ją w śluzową, łagodzi bole i częstość występowania tak bolesnych i leczenie utrudniających wzwodów prącia. Leczenie gonosanem wystarcza w wielu przypadkach do zupełnego usunięcia rzeżączki i ma przed leczeniem miejscowem tę zaletę, że chorzy, szczególnie mniej inteligentni, zabezpieczeni są od szkód, które wstrzykiwania mogą spowodować. *Baschkopf.*

Winterberg. **Nowsze badania i doświadczenia z sokiem mięsnym „Puro".** (*Allgem. med. Central-Ztg.* 1904, Nr. 16). Do sztucznych przetworów białka uciec się nieraz trzeba, gdy ustrój potrzebuje więcej białka, niż zwykle, a nie można go podać w postaci zwykłych pokarmów z powodu braku łaknienia i t. p. Ponieważ z używanych przetworów białka żaden nie jest doskonałym, przeto wciąż pojawiają się nowe, a z dawniejszymi trzeba robić porównawcze próby. Autor użył do swoich doświadczeń przetworu „Puro", zawierającego w 100 częściach 21% białka, 6% peptonu, 19% substancyi wyciągowych, a odznaczającego się większą od innych podobnych środków trwałością. Stosował go autor u 36 chorych, z tego 6 przypadków błednicy, 10 następowej niedokrewności (po krwotokach, zimnicy i t. p.), 3 — niedowładu żołądka, 8 — gruźlicy, 9 — zbyt powolnego zdrowienia po chorobach zakaźnych, i podaje szczegółowe opisy kilku ciekawszych przypadków, uzupełniając je tablicami, z których ocenić można przybytek hemoglobiny, ciałek krwi czerwonych i wagi ciała. W końcu przytacza autor wyniki badań przemiany materyi u dwóch zdrowych, jednakowo żywionych, którym przez pewien czas podawano „Puro" zamiast jednej części pokarmów białkowych. Z tych prób wynika, że jestto dobry środek odżywczy, co okazało się także we wszystkich przez autora leczonych przypadkach. Szczególną zaletą przetworu jest według autora to, że wybitnie podnieca łaknienie. *S.*

Leczenie pęcherzycy noworodków. (*Therapie der Gegenwart,* lipiec, 1904). Wielka zaraźliwość pęcherzycy, szczególnie

u dzieci niżej 6 miesięcy życia, jest powodem, iż leczenie jej w szpitalach lub w ochronkach łączy się z niemałemi trudnościami, gdyż prócz właściwego leczenia chodzi tu o jak najściślejsze odosobnienie, oraz uniemożebnienie samozakażenia. W przypadkach nie bardzo uogólnionych dobre wyniki daje 10% roztwór ichtarganu z 3% liposokiem traganowym, którym pędzluje się miejsca zajęte po zdjęciu pęcherza; następnie miejsca te przykrywa się cienką warstwą waty i powtórnie pędzluje się, skutkiem czego tworzy się mocno przylegająca pokrywa. Gdy całe ciało zajęte, zwłaszcza jeżeli pęcherze zajmują także owłosioną skórę głowy, wiele zależy na wynalezieniu sposobu, uniemożliwiającego dzieciom częstego dotykania miejsc, chorobą zajętych i w takich razach najlepiej pokryć całe ciało opaską bizmutową Bardelebena (*Wismutbrandbinde*), poczem bóle szybko ustępują, a dla uniknięcia zanieczyszczenia opatrunku układa się dzieci na przyrządzie Bendix-Finkelsteina, używanym przy badaniach przemiany materyi. Dzieci wygodnie leżą w przyrządzie, a ta okoliczność, iż przyrząd ułatwia manipulacye bez dotykania się chorych, zapobiega przenoszeniu się choroby. Przy takiem postępowaniu wyleczenie następuje w przeciągu tygodnia, co innym sposobem trudno byłoby osiągnąć. *Baschkopf.*

Dioninę z kreozotalem zachwala E. Deutsch (*Centralblatt für Kinderheilk.* 1904, Nr. 3) jako lek, łagodzący napady kaszlu w krztuścu, podając go według następującego przepisu: Rp. *Rp. Dionin 0·01—0·1* (według wieku dziecka), *solve in Syr. simpl. 30·0, Creosotal 3·0, Ol. amygd. dulc. 10·0, Gumm. arab. alb. pulv. 5·0, Aq. destill. 110·0, Mf. lege artis emulsio. S.* Kilka razy dziennie po łyżeczce. *Ah.*

Dr. L. Ebstein. **O hetralinie, nowym środku przeciwgnilnym dla dróg moczowych.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1904, Nr 35). Hetralina, chemicznie „dioxybenzolhexamethylentetramin“, podawana w dawkach $^1/_2$ grm., w ilości 2—3 gramów na dzień, okazała się równie skutecznym antyseptykiem jak urotropina, niekiedy nawet lepszym. Autor widywał dobre skutki po tym środku, w różnych formach nieżytów pęcherza i miedniczek, — bezskutecznym był jedynie w gruźlicy dróg moczowych. *Herman.*

Santini. **Śródstawowe wstrzykiwania salicylanu sodowego w zapaleniach stawów.** (*Wiener klin. therap. Wochenschrift* Nr. 36, 1904). Autor ogłasza pomyślne wyniki, osiągnięte w 30 przypadkach zapaleń stawów zapomocą śródstawowych wstrzykiwań salicylanu sodowego. Zazwyczaj stosował 3% roztwór w ilości 5 ctm.³, jako jednorazowej dawce; — czasami wystarczała i mniejsza dawka (3—4 ctm.³); ujemną stroną tego postępowania są dość znaczne bóle, występujące po wstrzykiwaniu, co atoli — z uwagi na wynik — nie powinno być przeszkodą do szerszego zastosowania. *Dr. Pisek.*

Leczenie świądu starczego. (*Ther. Monatsh.*, lipiec, 1904). U starców łączy się uporczywy świąd skóry nietylko z wielkiemi cierpieniami, lecz także z pewnem niebezpieczeństwem z powodu niemożności zaśnięcia. Leki, dotychczas stosowane, n. p. mentol, nie mogą usunąć tego cierpienia, lecz tylko go łagodzą; inne środki sprowadzają równocześnie niepożądane wpływy uboczne. Joseph zachwala bardzo działanie eugoformu, który znakomicie wpływa na swędzenie w świerzbiączce (*prurigo*), liszajach, świądzie rzyci i t. d. Jacobsohn podaje, że podobnie dobre usługi oddaje eugoform w świądzie starczym, zwłaszcza w połączeniu z fetronem, jako maścią podstawową. Po zastosowaniu 5—10% maści eugoformowo-fetronowej odrazu znika uporczywe swędzenie, sen staje się spokojny, otarcia skóry skutkiem drapania goją się, a wpływów ubocznych nigdy nie spostrzegano. *Baschkopf.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 1 grudnia.

* Towarzystwo lekarskie krak. odbyło dnia 23 listopada posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. prof. Bujwid mówił „O epidemii wodociągowej duru brzusznego w Cieszynie.“

* Czytamy w Nr. 48 „Gazety lekarskiej“: „W ostatnich tygodniach z kilku stron, jakby na dane hasło, odezwały się głosy w prasie lekarskiej zagranicznej i polskiej przeciw nadmiernemu rozrostowi czasopism lekarskich. W Niemczech w r. b. wychodzi 240 pism, poświęconych medycynie. I w polskiej prasie medycznej wystąpiła „Medycyna“ w Nr. 45 a „Przegląd lekarski“ w Nr. 47 r. b. przeciw tej nadprodukcyi. Jeśli bowiem w Niemczech przy kilkunastu uniwersytetach, kilku akademiach, mnóstwie pracowni, ogromnych i wzorowo urządzonych szpitalach, bogatych nakładcach, liczba pracowników okazuje się za mała, aby nakarmić „pożywnie“ molocha o 240 gębach, to cóż powiedzieć o nas, którzy bez przesady na tym punkcie jesteśmy tylko nieledwie pyłkiem. Na ironię więc zakrawa, iż w tym samym czasie, gdy ludzie kompetentni i posiwiali w pracy dziennikarskiej, powodowani nie zawiścią osobistą, lecz dobrem ogółu, występują przeciw mnożeniu się pism lekarskich, w Warszawie ma powstać nowy miesięcznik, poświęcony specyalnie jednej z gałęzi medycyny. Snać właściciel koncesyi na nowe czasopismo nie wie, iż obecnie istniejące nasze pisma lekarskie nie cierpią na pletorę, lecz przeciwnie niejednokrotnie teka ich redakcyjna bywa bardzo cienka, iż redaktorowie doprosić się nie mogą o pracowników, iż nierzadko, byleby tylko wyszedł numer o zapowiedzianej liczbie stronic, drukują pracę, która kwalifikuje się więcej do kosza, niż do kaszty zecerskiej.

Z drugiej znów strony czasopisma tak tutejsze, jak i pozakordonowe stoją wszystkim na oścież, zapraszają one wszystkich do współpracownictwa i każdego przyjmują z otwartemi rękami. Jeśli właściciel nowego pisma lekarskiego ma obietnicę kilkunastu specyalistów, iż będą stałymi jego współpracownikami, to ostrzegamy go, iż, jak poucza długoletnie doświadczenie, większość ich będzie figurantami, o małej wydajności, a dużych pretensyach Czujemy wszyscy braki w istniejących dotychczas pismach, lepiej więc te braki zapełnić, niż zwiększać tandetę. Piszemy się najzupełniej na zdanie „Przeglądu lekarskiego“, iż „w imię duchowego dobra ogółu lekarskiego i rzetelnego postępu, powinno utwierdzić się przekonanie, że dalsze zakładanie czasopism w imię interesu osób lub instytucyi, a wbrew istotnemu interesowi naszego piśmiennictwa, jest rzeczą bezcelową a nawet szkodliwą“.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiel. otrzymał Chaim Hilfstein.

* W Nr. 45 „Przeglądu lekarskiego“ donieśliśmy, że kilku obywateli z Królestwa Polskiego poszukuje w Krakowie lekarzy do miejscowości, pozbawionych pomocy lekarskiej z powodu powołania znacznej liczby lekarzy na plac boju. Zdaje się, że wiadomość ta wydaje się „Kronice lekarskiej“ wątpliwą: możemy służyć Szanownej Redakcyi „Kroniki“ konkretnymi dowodami, a nawet oryginałem podania, wystosowanego z inicyatywy obywateli z Królestwa do Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, wzywającego do szerszej akcyi na tem polu. W imię więc rzetelnej prawdy prostujemy „sprostowanie“ „Kroniki lekarskiej.“ Zgadzamy się natomiast z główną myślą Redakcyi tego dwutygodnika, że obecny stan liczbowy lekarzy w Królestwie, poza obrębem pojedyńczych małych miejscowości, z których został powołany jedyny osiadły tam lekarz, wystarcza na potrzeby społeczeństwa. Zresztą z lekarzy galicyjskich żaden się nie wybiera do Królestwa dla dwóch przyczyn: 1) dla braku prawnej podstawy do osiedlenia się, bo na samem tolerowaniu przez władzę nikt nie zechce oprzeć swego bytu, oraz 2) dla motywów etycznych, bo gdyby nawet po skończonej wojnie lekarz z Galicyi wyjątkowo otrzymał uprawnienie do pozostania w Królestwie, przecież moralnym jego obowiązkiem będzie ustąpić ze stanowiska, gdy powróci z pola walki kolega przedtem stale tu osiadły.

* Dr. Feliks Malinowski z Warszawy otrzymał pozwolenie na wydawanie czasopisma poświęconego chorobom skórnym i wenerycznym.

* Sprawa budowy brakujących klinik uniwersyteckich we Lwowie przybiera cechy realne. Wydział krajowy zwrócił się do namiestnictwa z oświadczeniem, że gotów jest przedłożyć Sejmowi wniosek, aby kraj przyczynił się do kosztów budowy kliniki psychiatrycznej, laryngologicznej (nie istniejących), oraz dermatologicznej i okulistycznej (umieszczonych w budynku szpitalnym) — w stosunku po 2,400 koron za jedno łóżko; prócz tego oświadczył Wydział gotowość pokrycia z funduszów krajowych połowy kosztów nabycia gruntu pod budowę nowych klinik.

* W zarządzie klinik krakowskich nastąpi radykalna reorganizacya: dotychczasowy zarząd, złożony z 4-ch dyrektorów klinik i delegowanego sekretarza namiestnictwa, przejdzie w ręce starostwa krakowskiego, które wytworzy samoistne „biuro administracyi c. k. klinik.“ O wartości i praktyczności każdej reorganizacyi wyrokuje dopiero po czasie doświadczenie. Wszelka czynność w klinice powinna ze względu na jej zadanie pedagogiczne odpowiadać ideałowi pielęgnowania i leczenia chorych czy właśnie ten kierunek może być należycie zrozumiany i celowo przestrzegany przez urzędników starostwa? W reformie

zarządu klinik U. J. trudno dopatrzeć postępu i rozwoju naukowej uniwersyteckiej instytucyi; natomiast szpitalny ustrój i ład, nie przeczymy, może zyskać.

* W Petersburgu pojawiły się przypadki cholery azyatyckiej, jak sądzą zawleczonej z Kaukazu.

* Kilku lekarzy t. zw. „ziemstw" w południowej Rosyi wniosło podanie do rządu o pozwolenie wydawania popularnego lekarskiego pisma w rusińskim języku (*R. Wracz*, Nr. 45).

* Międzynarodowy Zjazd położników i ginekologów zbierze się w Petersburgu w m. sierpniu 1905 r.

* Wojskowo-lekarska Akademia w Petersburgu odebrała 4 docentom *veniam legendi* z powodu nie wypełniania zobowiązań, przywiązanych do stanowiska docenta.

* Między 6 a 12 listopada doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim (2 gm.), dobromilskim, horodeńskim, husiatyńskim, jaworowskim (po 1 gm.), nadwórniańskim (2 gm.), niskim (1 gm.), rawskim (2 gm.), staro-samborskim, stryjskim, tarnopolskim, turczańskim, złoczowskim (po 1 gminie).

Mianowania i odznaczenia. Prof. nadw. Jaszczinskij mian. prof. zwycz. chirurgii operacyjnej w Warszawie. Prosektor wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu Dr. Tichanow mian. profesorem nadzwycz. anatomii w Warszawie. Dr. Tendeloo mianowany profesorem patolog. anatomii w Leydzie. Dr. Pickett mian. profesorem neurologii w Filadelfii.

Nekrologia. Dr. Stellwag v. Carion b. profesor okulistyki zmarł w Wiedniu w 82 r. życia. Dr. Wurfbain b. prof. chirurgii — w Amsterdamie. Dr. Klein nadzwycz. prof. chirurgii — w Moskwie. Dr. Langerhans b. asystent Virchowa, zmarł w Berlinie w 44 r. życia.

Bibliografia:

— *Czasopismo lekarskie* Z. 10. Kopczyński: W sprawie leczenia pląsawicy. Sterling: O leczeniu suchot płucnych w szpitalu i w domu (dok.). Maybaum: O kuracyi winogronowej. Serkowski: Zarys semiotyki moczu (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 47. Heiman: Wskazania do otworzenia wyrostka sutkowego w ostrem zapaleniu ropnem ucha środkowego. Dobrzycki: Spostrzeżenia dotyczące przeciwgorączkowego działania kryogeniny w gruźlicy.

— *Gazeta lekarska* Nr. 47. Pruszyński: O ożywianiu serca. Malinowski: O leczeniu płonicy surowicą przeciwpłoniczą wyrobu pracowni Dr. Palmirskiego (c. d.).

— *Kronika lekarska* Z. 22. Otto: O sanatogenie (dok.).

— *Lékařské rozhledy* Z. 11. Kukula: Úvodni přednáška. Kaš: Sdělení z praxe.

— *Liečnički Viestnik* Z. 11. Lang: Dicephalus dibrachius. Dežman: Aetiologia, prophylaksa i therapia tuberknloze prema današnjem stanju znanosti.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 47. Záhoř: O vývoji dozoru zdravotního ve školách obecných kral. hlav. města Prahy. Schema instrukce pro lékaře školního. Hnátek: Tetanus a neuritis (dok.). Slavik: O aktinotherapii.

— *La Presse médicale* Nr. 92. Rochand: Zapalenie miedniczek i nerki u ciężarnych. Regnault: Leczenie raka metodą prof. Adamkiewicza.

— Nr. 93. Roger: Wykład wstępny z zakresu patologii doświadczalnej i porównawczej. Hutinel: Postacie zbliżone i podobne do choroby Barlowa.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 47. Bagiński: Ostry gościec stawowy u dzieci. Dreuw: Leczenie tocznia (lupus) w praktyce codziennej lekarza, oraz badania histologiczne. Loewenheim: Fizyologiczne i lecznicze badania fosforu organicznego, w szczególności fityny (phytin). Schreiber: Osobliwe postacie i ulubione miejsce sadowienia się spraw gośćcowych. Bornstein: Odtłuszczanie a tuczenie białkiem (dok.).

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 47. Holzknecht: Leczenie promieniami. Jolles: Przyczynek do nauki o fermentach krwi. Hofmann: Jak przyczyniamy się w sposób prosty i celowi odpowiedni do rozdęcia płuca po wydaleniu otoku ropnego opłucnej zapomocą wycięcia żeber? Fink: O zamknięciu przewodu żółciowego przez pierwotne zamulenie (śluz żółciowy), oraz o żółciopędnem działaniu cieplicy karlsbadzkiej. Gürich: Stosunek między chorobami migdałków a ostrym gośćcem stawowym. Fürstenheim: Wykręcenie stawu nożnego jako przyczyna śmierci, oraz przyczynek do nauki o wypadkach. Hecht: Przyczynek do kazuistyki potworności. Rosenthal: Wytwarzanie natężonych promieni Röntgena dla celów leczniczych. Frank: Całkowite zarośnięcie macicy (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 47. Czervenka: Leczenie zapalenia pochwy drożdżami. Paschkis: O jedynym szczególnym wrodzonym przypadku przetoki cewki moczowej. Gobiet: Ciężki przypadek urazowego tężca wyleczony wlewaniem tężcowej surowicy Behringa pod oponę twardą. Rössler: Odczyn szczepienny pod wpływem czerwonego światła.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 48. Sahli: O wielkim, a jednak lekkoprzenośnym kieszonkowym manometrze rtęciowym do celów klinicznych, w szczególności do sfigmomanometryi, oraz uwagi nad ulepszeniem „mankiety Riva Rocci." Schultze: Rozpoznanie i leczenie wczesnych okresów wiądu rdzenia. Ebstein: Niektóre uwagi nad leczeniem spotęgowanej kwaśności soku żołądkowego. Müller i Inada: Przyczynek do nauki o działaniu jodu w zwapnieniu tętnic. Graser: Rozpoznanie przewlekłych zapaleń i ropień w szczególności w kościach. Bumm: O leczeniu i o widokach wyleczenia bezpłodności kobiet. Fritsch: Sztuczne poronienie. Dührssen: Leczenie nieżytu niewieścich narządów płciowych. Schmidt-Rimpler: Zaburzenia wzroku przy zaćmieniu rogówki i soczewki i leczenie tych zaburzeń. Bezold: Głuchoniemota i nauczanie głuchoniemych. Rille: Stulejka nabyta.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 47 (od 20/XI do 26/XI) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 22, dziew. 33; nieżywo: chł. 3, dz. —. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 18, kob. 17; zamiejscowych: męż. 15, kob. 12.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 10, ob. 2. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. 2. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 1, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. 2, ob. 2. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 2, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 9, ob. 11. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. **Razem:** miejscowych 35, obcych 27.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**